

I/we also understand that sometimes a planned operation/procedure may need to be postponed or cancelled if patient's clinical condition worsens or due to any unforeseen technical issues. I am/we are also aware that I/we can withdraw the consent at any point of time at my/our own risk and consequence, by submitting the withdrawal in writing. मैं/हम यह भी समझते हैं कि कभी-कभी यदि रुग्ण की नैदानिक स्थिति खराब हो जाती है या किसी अप्रत्याशित तकनीकी समस्या के कारण नियोजित ऑपरेशन/प्रक्रिया को स्थगित या रद्द करना पड़ सकता है। मैं हम यह भी जानते हैं कि मैं/हम अपने जोखिम और परिणाम पर किसी भी समय लिखित रूप में सहमति वापस ले सकते हैं।

I/we agree to observing, photography (still/video/televising) of the procedure (including only relevant portions of my/ my patient's body) including diagnosis/reports (pathology, radiology, etc), for academic/medical/medico-legal purposes, provided my/patient's identity is not revealed by such acts. I am /we are also agree to my/my patient's clinical details being shared for scientific publications if the identity is not disclosed.

मैं/हम शैक्षणिक चिकित्सा/औषधीय-कानूनी उद्देश्यों के लिए अपने निदान/रिपोर्ट (पैथोलॉजी, रेडियोलॉजी, आदि) सहित प्रक्रिया (मेरे शरीर के केवल प्रासंगिक भागों सहित) के अवलोकन, फोटोग्राफी (स्टिल/वीडियो/टेलीविजन) के लिए सहमत हैं। बशर्ते ऐसे कृत्यों से मेरी रुग्ण की पहचान उजागर न हो। यदि पहचान का खुलासा नहीं किया जाता है तो मैं/हम मेरे/रुग्ण के नैदानिक विवरण को वैज्ञानिक प्रकाशनों के लिए साझा करने से भी सहमत हैं।

I am / we are also aware of the expected course after the operation[s]/procedure[s] /treatment[s] and the care to be provided. I/we have been explained about all possible problems related to the recovery and understand that sometimes admission to an intensive care unit & / or extension of duration of hospitalization may be required and/or there may be requirement of extra medicines /or treatments, thereby leading to increase in the treatment expenses, depending upon the body's response to the treatment /procedure.

मैं हम ऑपरेशन के बाद अपेक्षित कोर्स/प्रक्रिया/उपचार और प्रदान की जाने वाली देखभाल के बारे में भी जानते हैं, मुझे हमें रिकवरी से संबंधित सभी संभावित समस्याओं के बारे में बताया गया है और समझते हैं कभी-कभी अति दक्षता विभाग में प्रवेश और/या अस्पताल में भर्ती होने की अवधि बढ़ाने की आवश्यकता हो सकती है और/या अतिरिक्त दवाओं या उपचार की आवश्यकता हो सकती है, जिससे उपचार के प्रति शरीर की प्रतिक्रिया के आधार पर उपचार खर्च में वृद्धि हो सकती है।

I authorize the hospital for disposal of any tissue or body part that may be removed from my / my patient's body in the appropriate manner during and for the purpose of conducting this operation/procedure.

मैं इस ऑपरेशन/प्रक्रिया के दौरान और इसके प्रयोजन के लिए मेरे / मेरे मरीज के शरीर से निकाले जाने वाले किसी भी ऊतक या शरीर के हिस्से के उचित तरीके से निपटान के लिए अस्पताल को अधिकृत करता हूँ।

I/we declare that I/we have received, read all the pages & fully understood the complete information provided in this consent form in the language I/we understand, also have been given an opportunity to ask all sorts of questions relating to my/my patient's ailment, the operation/procedure being performed in view of the underlying conditions, its intended benefits, risks, consequences, available alternatives, potential complications and further recovery process, and that all my/our questions have been answered to my/our entire satisfaction and there are no misconceptions or false hopes in my/our mind.

मैं /हम घोषणा करते हैं कि मैंने /हमने इस सहमति प्रपत्र में प्रदान की गई पूरी जानकारी को पढ़ लिया है और पूरी तरह से समझ लिया है। मुझे मेरे / मेरे रुग्ण की बीमारी, अंतर्निहित स्थितियों को ध्यान में रखते हुए किए जा रहे ऑपरेशन/प्रक्रिया, इसके इच्छित लाभ, जोखिम, परिणाम, उपलब्ध विकल्प, संभावित जटिलताओं और आगे की पुनर्प्राप्ति प्रक्रिया से संबंधित सभी प्रकार के प्रश्न पूछने का अवसर भी दिया गया है। मेरे /हमारे सभी प्रश्नों का उत्तर मेरी / हमारी पूरी संतुष्टि के साथ दिया गया है और मेरे/हमारे मन में कोई गलतफहमी या झूठी आशा नहीं है।

I/We agree to fully cooperate with my/my patient's team of doctors and to follow their instructions and recommendations as a part of treatment and process to recovery. I/We will not hold any doctor, staff or hospital administration responsible, if any untoward incident happens during or after operation/procedure. I/we give consent voluntarily to the doctor and his/her team members for carrying out the said operation on myself / my patient being fully aware of the nature, potential risks, complications, drawbacks intended benefits and possible alternatives of the same.

मैं/हम अपने/मरीज के डॉक्टरों की टीम के साथ पूर्ण सहयोग करने और उपचार और ठीक होने की प्रक्रिया के एक भाग के रूप में उनके निर्देशों और सिफारिशों का पालन करने के लिए सहमत हैं। यदि ऑपरेशन /प्रक्रिया के दौरान या उसके बाद कोई अप्रिय घटना होती है तो मैं/हम किसी भी डॉक्टर, कर्मचारी या अस्पताल प्रशासन को जिम्मेदार नहीं ठहराएंगे। मैं /हम उक्त ऑपरेशन को करने के लिए डॉक्टर और उसकी टीम के सदस्यों को स्वेच्छा से सहमति देते हैं। मैं /मेरे रुग्ण कृतृति, संभावित जोखिमों, जटिलताओं, कमियों, इच्छित लाभों और उसके संभावित विकल्पों के बारे में पूरी तरह से जागरूक है।

Signature of ☐ Patient / ☒ Patient's relative : \_\_\_\_\_ Relation with Patient : wife

☐ मरीज / ☐ मरीज के रिश्तेदार के हस्ताक्षर :

मरीज के साथ संबंध: