



**MGM**  
**NEW BOMBAY HOSPITAL, VASHI**  
 Plot No. 35, Sector 3, Vashi, Navi Mumbai - 400703  
 Tel.: (022) 5066 6777



MR. KIPAN BHAGWAN TAWAPE  
 UHID: MGM2400171311PD MGMIP2406720  
 Age/Sex: 55 Years, M, DOB: 05-10-2024  
 BED: TICU-008 WARD: TIC  
 DR: DR. PRASHANT ATHALE

## INFORMED CONSENT FOR ANESTHESIA / एनेस्थीसिया के लिए सूचित सहमति

I / मैं Pouruima Tawar ☐ the patient / रोगी ☒ Representative of the patient /  
 रोगी के प्रतिनिधि \_\_\_\_\_ have / ने (please tick the correct option above and below)  
 / (कृपया ऊपर और नीचे दिए गए सही विकल्प को चुने)

☐ Read / पढ़ा

☐ Been explained the current clinical condition of me / my patient. मेरे / मेरे रोगी के वर्तमान रोग-विषयक स्थिति के बारे में बताया गया है।

☐ Been explained this consent form in / यह सहमतिपत्र मुझे \_\_\_\_\_ (name of language) which I fully  
 understand / (भाषा का नाम) में समझाया गया है, जो मैं पूरी तरह समझता हूँ। I / my patient would require anesthesia services for getting the  
 operation mentioned below / मुझे / मेरे रोगी को नीचे बताए गये ऑपरेशन के लिए एनेस्थीसिया सेवा की आवश्यकता हो सकती है।

Name of operation / ऑपरेशन का नाम : Exploratory Laparoscopy

It has been explained to me that all forms of anesthesia involve some risks and no guarantee or promises can be made concerning the results of my procedure and treatment. Although rare, unexpected severe anesthesia related complications can occur e.g. drug reaction, infection, bleeding, and blood clot, loss of limb function, paralysis, stroke, brain damage, heart attack or death.

यह मुझे समझाया गया है कि सभी तरह के एनेस्थीसिया में कुछ जोखिम शामिल होता है और मेरे / मेरे मरीज के इस प्रक्रिया और उपचार के परिणामों के बारे में कोई आश्वासन या वादा नहीं किया जा सकता है, हालांकि कभी-कभी दुर्लभ, अनपेक्षित गंभीर एनेस्थीसिया संबंधी जटिल स्थिति हो सकती है जैसे दवा की विपरीत प्रतिक्रिया, संक्रमण, खूनबहना, खून का थक्का जमना, अंगों की कार्यपद्धति को हानि पहुँचना, लकवा मारना, स्ट्रोक, दिमाग को नुकसान, दिल का दौरा पड़ना या मौत।

<b>General anesthesia / सामान्य एनेस्थीसिया</b> <b>Alternatives / विकल्प</b> <input type="checkbox"/> Spinal / स्पाइनल <input type="checkbox"/> Epidural / एपीड्यूरल <input type="checkbox"/> Others / अन्य	<b>Technique तकनीक</b> Drugs injected into blood stream or breathed into lungs. दवाओं को रक्तप्रवाह में इंजेक्शन के द्वारा दिया जाता है, या फेफड़ों में सांस के द्वारा दिया जाता है।
	<b>Expected Results अपेक्षित परिणाम</b> Total unconscious state, possible placement of a tube into wind pipe line. पूर्ण बेहोशी की अवस्था, श्वास की नली में ट्यूब का स्थापित होना।
	<b>Major Risk प्रमुख जोखिम</b> Mouth / throat pain, hoarseness, injury to mouth or teeth, awareness under anesthesia, injury to blood vessels, aspiration pneumonia, pneumothorax, convulsions. मुँह / गले में दर्द, गला बैठना, मुँह या दांत में चोट, एनेस्थीसिया के दौरान जागरूकता, ब्लडवैसेल को हानि होना, एस्पिरेशन निमोनिया, न्यूमोथोरैक्स, झटका या दौरा पड़ना।
<b>Spinal or Epidural / स्पाइनल या एपीड्यूरल</b> <b>Alternatives / विकल्प</b> <input type="checkbox"/> With sedation / बेहोशी के साथ <input type="checkbox"/> Without sedation / बेहोशी के बिना <input type="checkbox"/> General anesthesia सामान्य एनेस्थीसिया <input type="checkbox"/> Others / अन्य	<b>Technique तकनीक</b> Drug injected through needle/catheter placed either directly into spinal canal or outside spinal canal or both. दवा को सुई / कैथीटर के माध्यम से या तो सीधे स्पाइनल कैनाल के बाहर या दोनों तरह से इंजेक्ट कर के।
	<b>Expected Results अपेक्षित परिणाम</b> Temporary numbness or loss of sensation and / or inability to move the affected part of the body. अस्थायी स्तब्धता या संवेदना को नुकसान पहुँचना और / या शरीर के प्रभावित हिस्से को गतिमान करने में असमर्थता होना।
	<b>Major Risk प्रमुख जोखिम</b> Headache, backache, buzzing in the ears, convulsions, infection, persistent weakness and / or suppression of normal breathing, numbness, total spinal, injury to blood vessels, residual pain, paralysis. सरदर्द, पिठदर्द, कान में गुंजना, झटका या दौरा पड़ना, संक्रमण, लगादार कमजोरी और / या श्वास में रुकावट होना, कमजोरी, पूर्णस्पाइनल, ब्लडवैसेल में चोट, शेष दर्द, लकवा।

Signature of Patient / रोगी के हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_

Signature of Patient's Relative / Witness / रोगी के अभिभावक / गवाह के हस्ताक्षर : [Signature]

Relation with patient / रोगी के साथ संबंध : \_\_\_\_\_