

इलाज करने वाले डॉक्टर ने यह भी बताया है कि इस ऑपरेशन/प्रक्रिया के दौरान डॉक्टर को मेडिकल और पैरामेडिकल टीम द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, और जरूरत पड़ने पर डॉक्टर संबंधित विशेषज्ञों से परामर्श/सहायता ले सकते हैं।

I/we understand that medical and non-medical personnel may be present to assist, facilitate or observe the surgery in the operation theatre during the surgery, I/we give the consent to their attendance and participation, which in no ways affects me/my patient's care.

मैं/हम समझते हैं कि चिकित्सा और गैर-चिकित्सा कर्मी सर्जरी के दौरान ऑपरेशन थिएटर में सहायता, सुविधा या सर्जरी का निरीक्षण करने के लिए उपस्थित हो सकते हैं, मैं/हम उनकी उपस्थिति और भागीदारी के लिए सहमति देते हैं, जो किसी भी तरह से मुझे/मेरे रुग्ण की देखभाल

I/we also authorize the surgeon, his associates, assistants and team to collectively participate to perform the surgery.  
मैं/हम सर्जन, उसके सहयोगियों, सहायकों और टीम को सर्जरी करने के लिए सामूहिक रूप से भाग लेने के लिए भी अधिकृत करते हैं।

I/we agree to observing, photography (still/video/televising) of the procedure (including only relevant portions of my body) including my diagnosis/reports (pathology, radiology, etc), for academic/ medical/medico-legal purposes, provided my/patient's identity is not revealed by such acts. I/we also agree to 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 आर्गों 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 प्रकाशनों के लिए साझा करने से भी सहमत हैं।

I/we am/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 and/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 कि भी-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 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 शरीर से निकाले जाने वाले किसी भी ऊतक या शरीर के हिस्से के उचित तरीके से निपटान के लिए अस्पताल को अधिकृत करता हूं।

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 English/Hindi/The language I/we understand ,[kindly tick the correct option] , also have been given an opportunity to ask all sorts of questions relating to 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 अंग्रेजी/हिन्दी भाषा में प्राप्त कर ली है, पढ़ लिया है और पूरी तरह से समझ लिया है। जो भाषा मैं/हम समझते हैं, [कृपया सही विकल्प पर निशान लगाएं]। मुझे मेरे/रुग्ण की बीमारी, अंतर्निहित स्थितियों को ध्यान में रखते हुए किए जा रहे ऑपरेशन/प्रक्रिया, इसके इछित लाभ, जोखिम, परिणाम, उपलब्ध विकल्प, संभावित जिलताओं और आगे की पुनर्पाप्ति प्रक्रिया से संबंधित सभी प्रकार के प्रश्न पूछने का अवसर भी दिया गया है। और यह कि 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/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 .

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 कोई अप्रिय घटना होती है तो मैं/हम किसी भी डॉक्टर, कर्मचारी या अस्पताल प्रशासन को जिम्मेदार नहीं ठहराएंगे। ऑपरेशन/प्रक्रिया के दौरान या उसके बाद होता है।

**Signature of Patient | मरीज के हस्ताक्षर:** \_\_\_\_\_