

operation/procedure, to the patient/patient representatives. I am confident that he / she has understood the information fully as described in this document.

मैं, अधोहस्ताक्षरित डॉक्टर मुख्य सर्जन/ सर्जिकल टीम के सदस्य ने रुग्ण/रुग्ण प्रतिनिधियों को योजनाबद्ध ऑपरेशन/प्रक्रिया की प्रकृति, संभावित जोखिम और जटिलताओं, अपेक्षित लाभ, अपेक्षित पोस्ट-प्रक्रिया पाठ्यक्रम, कमियां और संभावित विकल्पों के बारे मैं पूरी तरह से समझा याहू। मुझे विश्वास है कि उसने इस दस्तावेज़ में वर्णित जानकारी को पूरी तरह से समझा लिया है। मुझे

Consent obtained by | द्वारा प्राप्त सहमति:

Doctor चिकित्सक	Signature हस्ताक्षर	Name नाम	Date तारीख	Time समय
		Dr. B.K. Acharya	12/10/24	7 pm

Does this patient/procedure require an additional HIGH RISK consent?

क्या इस रुग्ण/प्रक्रिया के लिए अतिरिक्त उच्च जोखिम सहमति की आवश्यकता है?

YES

हाँ

NO

नहीं

Procedure to be performed by | द्वारा निष्पादित की जाने वाली प्रक्रिया :

1. Doctor : Dr. B.K. Acharya Signature : Date : 12/10/24 Time : 8.30 pm
डॉक्टर: हस्ताक्षर: दिनांक: समय:
2. Doctor : _____ Signature : _____ Date : _____ Time : _____
डॉक्टर: हस्ताक्षर: दिनांक: समय:
3. Doctor : _____ Signature : _____ Date : _____ Time : _____
डॉक्टर: हस्ताक्षर: दिनांक: समय:
4. Doctor : _____ Signature : _____ Date : _____ Time : _____
डॉक्टर: हस्ताक्षर: दिनांक: समय: