

	Signature / Thumb Impression* हस्ताक्षर / अंगुठे का निशान	Name / नाम	Date / तारीख	Time / समय
Patient / रोगी				
Surrogate / Guardian (if applicable) अधिभावक / पालक (यदी लागू हो)		(Write name & relationship with patient) (अपना नाम और रोगी के साथ संबंध लिखें)		

Reason for surrogate consent अधिभावक के सहमति का कारण	Patient is unable to give consent because : रोगी सहमति देने में असक्षम है क्योंकि : <i>pt is on ventilator</i>			
Witness / गवाह	<i>S. Chande</i>	Pournima Kiran Tawade	11/10/2024	2.45pm
Interpreter (if applicable) अनुवादक (यदी लागू हो)				

* Right Hand for Males & Left Hand for Females # only if Patient is a minor or unable to give consent

* पुरुषों के लिए दाहिना हाथ और महिलाओं के लिए बाएं हाथ # केवल अगर रोगी नाबालिग है या सहमति देने में असमर्थ है।

I, the under signed Doctor, have explained the nature, potential risk and complication, expected benefits, expected post anesthesia, recovery and possible alternative to the patient/patients representative. I am confident that he/she has understood the information provided in this document.

मैं, निचे दिए छाउटरने, प्रकृति, संभावित जोखिम और जटिलताओं, अपेक्षितलाभ, एनेस्थीसिया के बाद अपेक्षितओं, पुनः प्राप्ति और संभवतः विकल्प को रोगी / रोगी के प्रतिनिधिको समझाया है, मुझे विश्वास है कि उन्होंने इस दस्तावेज में दी गई जानकारी को समझलिया है।

Name of Anesthesiologist: Dr. Neelkshi S. Miller Signature: S. Chande Date/Time: 11/10/2024
अनेस्थीसियोलॉजिस्ट का नाम: हस्ताक्षर: तारीख/समय: 2.45pm