



NABH ACCREDITED



# MGM NEW BOMBAY HOSPITAL, VASHI

Organization Accredited by  
Joint Commission International  
JCI ACCREDITED

## INFORMED CONSENT/सूचित सहमति FOR OPERATION[S]/PROCEDURE[S]/TREATMENT[S]

### संचालन/प्रक्रिया/उपचार के लिए

MR. KIRAN BHAGWAN Taware  
UHID : MGM240017131 PD : MGMIP2406720  
Age/Sex : 56 Years /M/DOA : 05/10/2024  
BED : SICU-010 WARD : SICU  
DR : DR.PRAKSHANT ATHALE

Full Name of the Operation/procedure | संचालन/प्रक्रिया का पूरा नाम

Tracheostomy

| Mr/Mrs/Ms | में श्री/

श्रीमती/सुश्री \_\_\_\_\_  the Patient or  रुग्ण या  representative of patient | रुग्ण का प्रतिनिधि,  
(please tick the correct option | कृपया सही विकल्प पर टिक करें) authorize the performance of the above mentioned  
operation/procedure to be performed by | द्वारा निष्पादित किए जाने वाले उपर निर्देशित ऑपरेशन/प्रक्रिया के निष्पादन को अधिकृत करता हूँ  
Dr[s] | डॉ \_\_\_\_\_ and his/her  
team | और उनकी टीम.

The doctor has fully explained the current clinical condition of mine/my patient and i/we have been also explained about the need of operation[s] / procedure[s] / treatment[s] to be performed. | डॉक्टर ने मेरी/मेरे मरीज की वर्तमान नैदानिक स्थिति के बारे में पूरी तरह से समझाया है और मुझे/हमें किए जाने वाले ऑपरेशन/प्रक्रिया/उपचार की आवश्यकता के बारे में भी बताया गया है।

Brief description of operation/ procedure | संचालन/प्रक्रिया का संक्षिप्त विवरण:

Tracheostomy

Intended benefits | इच्छित लाभ:

Possible drawbacks, risks and complications | संभावित कमियाँ, जोखिम और जटिलताएँ:

Possible alternatives | संभावित विकल्प:

Possible implications of not undergoing the operation[s] / procedure[s] / treatment[s] |

ऑपरेशन/प्रक्रिया/उपचार न कराने के संभावित प्रभाव: