



**MGM**  
NEW BOMBAY HOSPITAL, VASHI



6/11

MR. KIRAN BHAGWAN Taware  
UHID : MGM240017131 IPD : MGMIP2406720  
Age/Sex : 56 Years /M/DOA : 05/10/2024  
BED : SW-518 WARD : MWU  
DR : DR.PRASHANT ATHALE

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

### संचालन/प्रक्रिया/उपचार के लिए सूचित सहमति

- All Fields Must be completed by the person explaining the consent. Mark NA if a Field is not Relevant.
- जिस व्यक्ति को यह समझाया जा रहा है उसके द्वारा सभी फिल्ड भरना अत्यावश्यक है। यदि कोई जानकारी लागू ना हो तो NA चिन्हांकित करें।

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

CHANGE OF VACUUM DRESSING - ABDOMINAL WOUNDS

I Mr/Mrs/Ms KIRAN BHAGWAN Taware

the Patient or  representative of patient ( please tick the correct option) authorize the performance of the above mentioned operation / procedure by Dr [s] PRASHANT ATHALE and his/her team

मैं श्री / श्रीमती/सुश्री \_\_\_\_\_  रुग्ण या  रुग्ण का प्रतिनिधि. (कृपया सही विकल्प पर टिक करें)  
डॉ. \_\_\_\_\_

और उनकी टीम द्वारा उपर निर्देशित ऑपरेशन/प्रक्रिया के निष्पादन को अधिकृत करता हूँ।

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 :**

CHANGE OF VACUUM DRESSING - ABDOMINAL WOUNDS

**Intended Benefits | इच्छित लाभ :**

for clean dry, wound well

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

Bleeding, haemorrhage

**Possible alternatives | संभावित विकल्प :**

\_\_\_\_\_

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

ऑपरेशन/प्रक्रिया/उपचार न कराने के संभावित प्रभाव :

sepsis

**Signature of  Patient /  Patient's relative :**

मरीज /  मरीज के रिश्तेदार के हस्ताक्षर :

**Relation with Patient :** Conife

मरीज के साथ संबंध: