

I, the Patient / patient's representative, do further hereby declare that I am above 18 years of age as on the date of signing this form, mentally sound and am giving consent without any fear, threat or false misconception.
 मैं, रुग्ण / रुग्ण का प्रतिनिधि, इसके द्वारा यह घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तिथि के अनुसार मेरी उम्र १८ वर्ष से अधिक है, मैं मानसिक रूप से स्वस्थ हूँ और बिना किसी डर, धमकी या गलतफहमी के सहमति दे रहा हूँ।

	Signature / Thumb Impression* हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान*	Full Name पूरा नाम	Date दिनांक	Time समय
Patient मरीज			6/11/24	11:10 AM
Surrogate / Guardian / Witness [Tick whichever applicable] सुरोगेट/अभिभावक/गवाह (जो लागू हो उस पर निशान लगाएं)		1. Write Name & relationship with patient. नाम और रुग्ण के साथ संबंध लिखें। 2. Write Name & relationship with patient. नाम और रुग्ण के साथ संबंध लिखें।	6/11/24	11:10 AM
Reason for surrogate consent सुरोगेट सहमति का कारण	Patient is unable to give consent because / रोगी सहमति देने में असक्षम है क्योंकि : <input type="checkbox"/> Patient is Minor रुग्ण नाबालिक है। <input checked="" type="checkbox"/> Not in Physical/mental state to give a consent सहमति देने के शारीरिक / मानसिक स्थिति में नहीं है।			
Interpreter (If applicable) दुभाषिया (यदि लागू हो)				

* Right Hand for Males & Left Hand for Females. | पुरुषों के लिए दायां हाथ और महिलाओं के लिए बायां हाथ।

I, the undersigned doctor ☒ chief surgeon / ☐ the surgical team member have fully explained the nature, potential risk and complications, intended benefits, expected post-procedure course, drawbacks and possible alternatives to the planned 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 प्रक्रिया के बाद की कार्यवाही, कमियां और संभावित विकल्पों के बारे में पूरी तरह से समझाया है। मुझे विश्वास है कि उसने इस दस्तावेज में वर्णित जानकारी को पूरी तरह से समझ लिया है।

For information regarding Anesthesia type and its risks and complications, please see Anesthesia Consent Form.

एनेस्थेशिया के प्रकार, जोखिम और उसकी जटिलताओं के बारे में जानकारी के लिए कृपया एनेस्थेशिया का सहमतिपत्र पढ़ें।

Consent obtained by | सहमति प्राप्तकर्ता :

Doctor Name चिकित्सक नाम	Signature हस्ताक्षर	Date तारीख	Time समय
ASNOU PANDEY		6/11/24	11:10 AM

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

☐ YES

☐ NO

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

हाँ

नहीं

Procedure to be performed by | प्रक्रिया निष्पादन करने वाले:

1. Doctor : PRASHANT APURAJ	Signature :	Date : 6/11/24	Time : 4:05 PM
डॉक्टर:	हस्ताक्षर:	दिनांक:	समय:
2. Doctor : ASNOU PANDEY	Signature :	Date : 6/11/24	Time : 4:05 PM
डॉक्टर:	हस्ताक्षर:	दिनांक:	समय:
3. Doctor : _____	Signature : _____	Date : _____	Time : _____
डॉक्टर:	हस्ताक्षर:	दिनांक:	समय:
4. Doctor : _____	Signature : _____	Date : _____	Time : _____
डॉक्टर:	हस्ताक्षर:	दिनांक:	समय: