

## शस्त्रक्रियेबाबत संमतीपत्र

दिनांक: \_\_\_\_\_

मी, \_\_\_\_\_ वय/लिंग \_\_\_\_\_

हॉस्पिटल नॉदणी क्र. \_\_\_\_\_

(पिता/पत्नी/पती) \_\_\_\_\_

पत्ता: \_\_\_\_\_

मला समजले आहे की माझ्या शरीरात \_\_\_\_\_ नावाचा आजार/समस्या आहे.

त्या उपचारासाठी मी स्वतःहून खालील शस्त्रक्रियेस संमती देत आहे:

(या शस्त्रक्रियेत कोणते भाग/ऊतक काढले जाणार आहेत हे नमूद करावे)

ही शस्त्रक्रिया डॉ. \_\_\_\_\_ व त्यांची टीम माझ्यावर \_\_ / \_\_ / 20 रोजी, \_\_\_\_\_ भूल टेऊन करणार आहे.

मला या शस्त्रक्रियेबद्दल खालील माहिती डॉक्टरांनी माझ्या स्वतःच्या भाषेत समजावून सांगितली आहे:

- शस्त्रक्रिया कशी होईल (स्टेप बाय स्टेप प्रक्रिया)
- याचे फायदे
- शस्त्रक्रियेनंतर होणारे बदल (sequelae)
- या शस्त्रक्रियेमुळे होणारे संभाव्य धोके किंवा गुंतागुंत
- दुसरे पर्यायी उपचार काय आहेत
- शस्त्रक्रिया न केल्यास काय धोके होऊ शकतात

ही सर्व माहिती मी नीट समजून घेतली आहे. मला पुरेसा वेळ व संधी दिली गेली आहे.

मी समाधानी आहे आणि स्वतःचा निर्णय घेऊन ही शस्त्रक्रिया करण्यास तयार आहे.

मला माहीत आहे की शस्त्रक्रियेनंतरचा अंतिम परिणाम नवकी कसा येईल याची शंभर टक्के हमी कोणताही डॉक्टर देऊ शकत नाही.

सही

रुग्ण/पालकाची सही: \_\_\_\_\_

दिनांक, वेळ व ठिकाण: \_\_\_\_\_

साक्षीदाराची सही (जर आवश्यक असेल): \_\_\_\_\_

रुग्णाशी नाते: \_\_\_\_\_

दिनांक, वेळ व ठिकाण: \_\_\_\_\_

\* प्रौढ व सक्षम रुग्ण स्वतः लिखित संमती देऊ शकतो, त्यासाठी साक्षीदाराची आवश्यकता नाही.

परंतु रुग्णाने हवे असल्यास त्याच्या वतीने निर्णय घेणारा प्रतिनिधी नेमू शकतो, त्याची नोंद, सही व साक्षी आवश्यक आहे.

रुग्ण व नातेवार्डकांचे स्वतः-अटेस्ट केलेले फोटो आयडी जोडणे आवश्यक आहे.

## छायाचित्र व व्हिडिओसाठी संमती

मी डॉ. \_\_\_\_\_ यांना माझ्या शस्त्रक्रियेशी संबंधित छायाचित्रे, व्हिडिओ रेकॉर्डिंग किंवा इतर इमेजेस घेण्याची परवानगी देत आहे. ही माझ्या वैद्यकीय नोंदींचा भाग म्हणून ठेवली जातील.

**पर्याय A:** मला समजले आहे की माझे असे छायाचित्रे, व्हिडिओ रेकॉर्डिंग किंवा प्रतिमा छापील, दृश्य वा इलेक्ट्रॉनिक माध्यमांमध्ये, वैद्यकीय नियतकालिके व पुस्तके, शास्त्रीय सादरीकरणे, अध्यापन कार्यक्रम तसेच इंटरनेट संकेतस्थळांवर प्रकाशित केले जाऊ शकतात. याचा उद्देश म्हणजे वैद्यकीय क्षेत्रातील व्यक्तींना (वैद्यकीय शिक्षणासाठी) किंवा सर्वसामान्य जनतेला प्लास्टिक सर्जरीच्या पद्धती, परिणाम, अडचणी, प्रवाह, चिंता व तत्सम बाबींविषयी माहिती देणे हा आहे. कोणत्याही प्रकाशनात माझे नाव वापरले जाणार नाही. मात्र, काही प्रसंगी अशी छायाचित्रे (उदा. चेहऱ्याचे छायाचित्र) माझी ओळख होऊ शकते हे मला समजले आहे.

किंवा

**पर्याय B:** मी छायाचित्रे/व्हिडिओ कुठल्याही प्रकाशनासाठी वापरण्यास संमती देत नाही. ही फक्त माझ्या वैद्यकीय नोंदींमध्ये वापरली जावीत, एवढीच परवानगी देत आहे.

सही

रुग्ण/पात्रकाची सही: \_\_\_\_\_

दिनांक व ठिकाण: \_\_\_\_\_

नातेवाईक/साक्षीदाराची सही: \_\_\_\_\_

दिनांक व ठिकाण: \_\_\_\_\_