MES MEDICAL COLLEGE

Perinthalmanna

DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: Arun S	Doctor: Dr Ali
Age: 33	Consent ID: 7
MRN: 454785	Date: 2025-11-05

CONSENT REQUIRED FOR:

Surgery Consent

സർജറി സമ്മതം

PROCEDURE/REASON DETAILS:

I, Arub S, consent to undergo [Abdomen Surgery] surgery at MES Medical College Hospital. I understand this procedure involves: - Administration of anesthesia - The surgical procedure as explained by Dr. [Doctor Name] - Potential risks including bleeding, infection, and anesthesia complications - Possible need for blood transfusion - Post-operative care and recovery period The benefits, risks, and alternatives have been explained to me. I have had all my questions answered satisfactorily and voluntarily consent to this procedure.

ഞാൻ, അരുബ് എസ്, എംഇഎസ് മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രിയിൽ [അബ്ഡോമെൻ സർജറി] ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനാകാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു. ഈ നടപടിക്രമത്തിൽ ഉൾപ്പെടുന്നത് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു: – അനസ്തേഷ്യയുടെ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ – ഡോ. [ഡോക്ടറുടെ പേര്] വിശദീകരിക്കുന്ന ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമം – രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, അനസ്തേഷ്യ സങ്കീർണതകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ – രക്തപ്പകർച്ചയുടെ സാധ്യമായ ആവശ്യം – ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര പരിചരണവും വീണ്ടെടുക്കൽ കാലയളവും ആനുകൂല്യങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും ഇതര മാർഗങ്ങളും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും തൃപ്തികരമായും ഈ നടപടിക്രമത്തിന് സ്വമേധയാ സമ്മതത്തോടെയും ഉത്തരം ലഭിച്ചു.

DECLARATION:

I hereby acknowledge that:

- I have read and understood the consent form
- All my questions have been answered satisfactorily
- I voluntarily consent to the procedure/treatment

SIGNATURES:

Patient/Relative Signature:

Signed at: 2025-11-05 15:25:50

Name: Rahul R

Relationship: Other Relative

Doctor's Signature:

Signed at: 2025-11-05 15:25:50

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically