

MES MEDICAL COLLEGE
PERINTHALMANNA
DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: 1

Doctor: dr Hameed

Age: 11

Consent ID: 9

MRN: 1234

Date: 2025-11-05 16:51

CONSENT REQUIRED FOR:

Blood Transfusion

രക്തപ്രകർഷ

PROCEDURE/REASON DETAILS:

I, [ramu], consent to receive blood transfusion at MES Medical College Hospital. I understand that: - Blood will be obtained from certified blood banks - There are risks including allergic reactions, transfusion reactions, and disease transmission - Pre-transfusion testing will be performed - The benefits outweigh the risks in my current condition I consent to the transfusion of blood and blood products as deemed necessary by my treating physician.

ഞാൻ, [രാമു], MES മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രിയിൽ രക്തപ്രകർഷ സ്വീകരിക്കാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു. ഞാൻ അത് മനസ്സിലാക്കുന്നു: - സാക്ഷ്യപ്രദമായ രക്തബാങ്കുകളിൽ നിന്ന് രക്തം ലഭിക്കും - അലർജി പ്രതിപ്രവർത്തനങ്ങൾ, രക്തപ്രകർഷ പ്രതികരണങ്ങൾ, രോഗം പകരൽ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അപകടസാധ്യതകളുണ്ട് - പ്രീ-ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ടെസ്റ്റിംഗ് നടത്തും - എന്റെ നിലവിലെ അവസ്ഥയിലെ അപകടസാധ്യതകളെക്കാൾ നേടേണ്ട കൂടുതലാണ് എന്റെ ചികിത്സിക്കുവാൻ ഫിസിയൻ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന രക്തത്തിന്റെയും രക്ത ഉൽപ്പന്നങ്ങളുടെയും കൈമാറ്റത്തിന് ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു.


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:

Doctor's Signature:


Signed at: 2025-11-05 16:51:51
Name: Rahul R
Relationship: Son


Signed at: 2025-11-05 16:51:51