

MES MEDICAL COLLEGE

Perinthalmanna

DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: Arun S Doctor: Dr Sajid
Age: 12 Consent ID: 8
MRN: 1234 Date: 2025-11-05

CONSENT REQUIRED FOR:

Blood Transfusion

രക്തപ്പെകർച്ച

PROCEDURE/REASON DETAILS:

I, Abid S, 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.

ഈസ്റ്റ്, അവിംഗ്, എംഎസ് മലബാറിക്കൽ കലോജീ ആശുപത്രിയിൽ രക്തപ്പെകർച്ച സ്വീകരിക്കാൻ സന്മതം നൽകി. ഈസ്റ്റ് അത് മനസ്സിലാക്കുന്നു: - സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ രക്തബാഞ്കുകളിൽ റിന്റ് രക്തം ലഭിക്കും - അലർജി പ്രതിപ്രവർത്തനങ്ങൾ, രക്തപ്പെകർച്ച പ്രതികരണങ്ങൾ, രണ്ട് പകരൽ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അപകടസാധ്യതകളുണ്ട് - പ്രീ-ട്രാൻസ്പ്ലാഷൻ ടെസ്റ്റിംഗ് നടത്തും - എൻറ്രേ നിലവിലെ അവസ്ഥയിലെ അപകടസാധ്യതകളെക്കാൾ നടുക്കങ്ങൾ കൂടുതലാണ് എൻറ്രേ ചികിത്സിക്കുന്ന ഫിലിഷ്യൽ ആവശ്യമനുണ്ട് കരുതുന്നു രക്തത്തിന്റെയും രക്ത ഉൽപ്പന്നങ്ങളുടെയും കമൊറിന്റിന് താൻ സന്മതം 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:

Signed at: 2025-11-05 16:23:54

Name: Rahul R

Relationship: Guardian

Doctor's Signature:

Signed at: 2025-11-05 16:23:54

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically