



# MES MEDICAL COLLEGE

## PERINTHALMANNA

### DIGITAL CONSENT FORM

#### PATIENT DETAILS:

Name: 1

Doctor: Dr Sajid

Age: 11

Consent ID: 12

MRN: 1234

Date: 2025-11-05 17:48

#### CONSENT REQUIRED FOR:

Anesthesia Consent

അനസ്തേഷ്യ സമ്മതം

#### PROCEDURE/REASON DETAILS:

I, [Patient Name], consent to receive anesthesia for my medical procedure at MES Medical College Hospital. I understand that: - Anesthesia will be administered by qualified anesthesiologists - There are risks including allergic reactions, breathing difficulties, and rare serious complications - Different types of anesthesia may be used as deemed appropriate by the medical team - I must follow pre-operative fasting instructions - Post-anesthesia care will be provided in the recovery room I consent to the administration of anesthesia and related procedures.

ഞാൻ, [രോഗിയുടെ പേര്], MES മെഡിക്കൽ കോളേജ് ഹോസ്പിറ്റലിൽ എൻ്റെ മെഡിക്കൽ നടപടികൾക്കായി അനസ്തേഷ്യ സമ്മതം നൽകുന്നു. ഞാൻ അത് മനസ്സിലാക്കുന്നു: - യോഗ്യതയുള്ള അനസ്തേഷ്യോളജിസ്റ്റുകൾ അനസ്തേഷ്യ നൽകും - അലർജി പരതിപ്രവർത്തനങ്ങൾ, ശ്വാസന ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ, അപൂർവ്വ ഗുരുതരമായ സങ്കീർണ്ണതകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അപകടസാധ്യതകളുണ്ട് - മെഡിക്കൽ ടീമിന് അനുയോജ്യമെന്ന് കരുതുന്ന വ്യത്യസ്ത തരം അനസ്തേഷ്യ ഉപയോഗിക്കാം - ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള ഉപവാസ നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഞാൻ പാലിക്കണം - അനസ്തേഷ്യയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള പരിചരണം റിക്വറി റൂമിൽ നൽകും അനസ്തേഷ്യയും അനുബന്ധ നടപടികൾക്കുമായി ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

**MES MEDICAL COLLEGE**  
**PERINTHALMANNA**  
**DIGITAL CONSENT FORM**

**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 17:48:36

Name: Rahul R

Relationship: Self

  
Signed at: 2025-11-05 17:48:36

---

**MES Medical College, Perinthalmanna**

Digital Consent System - Generated Electronically