

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

അനസ്തോഷ്യ 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.

തൊൻ, [രേഖിയുടെ പരേഡ്], MES മലൈക്കൽ കലോജേ് ഹോസ്പിറ്റലിൽ എൻ്റർ മലൈക്കൽ നടപടികൾക്കും അനസ്തോഷ്യ സ്വാക്ഷരിക്കാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു. തൊൻ അത് മനസ്സിലാക്കുന്നു: - യാഗ്രയതയുള്ള അനസ്തോഷ്യശിഖർഗ്ഗുകൾ അനസ്തോഷ്യ നൽകും - അലർജി പ്രതിപ്രവർത്തനങ്ങൾ, ശ്വാസ ബുദ്ധിമൂട്ടുകൾ, അപൃഷ്ഠ ഗുരുതരമായ സംകീർണ്ണകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അപകടസാധ്യതകളുണ്ട് - മലൈക്കൽ ടീമിന് അനുയാജ്ഞയമനുസരിച്ചു കരുതുന്നു. വയത്തെന്നതു തരം അനസ്തോഷ്യ ഉപയോഗിക്കാം - ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള ഉപവാസ നിർദ്ദേശങ്ങൾ തൊൻ പാലിക്കണം - അനസ്തോഷ്യയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള പരിചരണ റിക്കവറി രൂമിൽ നൽകും അനസ്തോഷ്യയും അനുബന്ധ നടപടികൾക്കും നൽകുന്നതിന് തൊൻ 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:


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

Name: Rahul R

Relationship: Self

Doctor's Signature:


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

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically