



CONSENT OF LEAVING AGAINST MEDICAL ADVICE

Patient Name : _____

Age/Sex: _____

IP No : _____

Date of admission: _____

Ward : _____

Unit : _____

I am voluntarily leaving the hospital against the medical advice of Dr. _____ I have been told by the physician about the risk and consequence involved in leaving the hospital at this time, the benefits of continued treatment and hospitalization, and the alternatives, if any, to the continued treatment and hospitalization.

I hereby release the physicians, MES Hospital, its employees and agents from all responsibility for any injury or ill effects which may result from this action.

Date of leaving : _____

Time :

Signature of patient : _____

If relative, Name of relative: _____ **Signature of relative:** _____

Please indicate relationship :

Signature of relative: _____

Witness name : _____

Signature of witness:

CARE PROVIDER:

I declare that I have personally explained to the patient or relative the risks and consequences involved in leaving the hospital at this time, the benefits of continue treatment and hospitalization, and the alternatives, if any, to continued treatment and hospitalization.

Additional notes, if any:

Date _____

Time

Physician Name:

Physician signature:



**വൈദ്യുപദ്രോഗത്തിനെതിരായി ആശുപ്രതിയിൽ നിന്നും വിടുതൽ
വാങ്ങിക്കുന്നതിനു രോഗി സ്വയം നല്കുന്ന സാക്ഷ്യപത്രം**

രോഗിയുടെ പേര്: _____

വയസ്സ് _____

ആൺ/ പെൺ _____

ഹൈ പി നമ്പർ _____

ഒ പി നമ്പർ _____

ആശുപ്രതിയിൽ അധികാരി ചെയ്ത തീയതി _____

ഡോക്ടർ _____ (പേര്) എന്നവർക്കു വൈദ്യുപദ്രോഗ അവഗണിച്ചു കൊണ്ട് ഞാൻ
സമേധയാം ആശുപ്രതിയിൽ നിന്നും വിടുപോകുന്നതു മുലമുള്ള അനന്തര
ഫലങ്ങളും അപകട സാധ്യതകളും ഡോക്ടർ എന്നിക്കു വിശദമാക്കി തനിട്ടുണ്ട്. ആശുപ്രതിയിൽ കിടന്നുകൊണ്ട്
തുടർച്ചിക്കിൽസ് നടത്തുന്നതിന്റെ ഗുണങ്ങളും അപേക്ഷാരം ചെയ്യാൻ സാധ്യമല്ലാത്ത പക്ഷം മറ്റു ഉപാധികളും
അദ്ദേഹം എന്നിക്കു വിശദമാക്കി തനിട്ടുണ്ട്.

ഇങ്ങനെ ഈ ആശുപ്രതിയിൽ നിന്നും വിടുപോകുന്നതു മുലം എം. ഇ. എന്ന് മെഡിക്കൽ കോളേജ്
ആശുപ്രതിയിലും ഈ ആശുപ്രതിയിലെ ഡോക്ടർമാർജീവനക്കാർ എന്നിവരെ എല്ലാം ഏരെഴും ഈ നടപടിമുലം
ഭാവിയിൽ അവർക്ക് ഉണ്ടായെങ്കാവുന്ന ദോഷവശങ്ങൾ, നാശനഷ്ടങ്ങൾ, ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ എന്നിവയിൽ നിന്നും
ഞാൻ ഇതിനാൽ പരിപൂർണ്ണമായി വിമുക്തമാക്കുന്നു.

ആശുപ്രതി വിടുന്ന ദിവസം _____

സമയം _____

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് _____

രോഗിയുടെ ബന്ധുവെങ്കിൽ, ബന്ധുവിന്റെ പേര് _____

ബന്ധുവിന്റെ ഒപ്പ് _____

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം _____

സാക്ഷിയുടെ പേര് _____

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് _____

രോഗപരിക്ഷ നല്കിയ ഡോക്ടറുടെ പ്രസ്താവന

ഞാൻ ഈ രോഗിക്ക്, ഈ ഘട്ടത്തിൽ ആശുപ്രതിയിൽ നിന്നും വിട്ടു പോകുന്നതു മുലമുണ്ടാക്കാവുന്ന
അപകടസാധ്യതകളും, അനന്തര ഫലങ്ങളും, ആശുപ്രതിയിൽ തന്നെ കിടന്നുകൊണ്ട് തുടർച്ചിക്കിൽസ്
ചെയ്താലുണ്ടാകാവുന്ന ഗുണവശങ്ങൾ, മെച്ചപ്പെട്ടുള്ള അങ്ങനെ ചെയ്യാൻ പറ്റാത്ത പക്ഷം രോഗിക്ക് ചെയ്യാവുന്ന
മറ്റു ഫികിൽസാ മാർഗ്ഗങ്ങളും ഞാൻ ഈ രോഗിക്കും/ രോഗിയുടെ ബന്ധുവിനും നേരിട്ട് പറഞ്ഞു വിശദീകരിച്ചു
കൊടുത്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

രേഖപ്പെടുത്താൻ മറ്റൊരുക്കില്ലോ വിവരം ഉണ്ടെങ്കിൽ താഴെ ചേർക്കണം:

തീയതി _____

സമയം _____

ഡോക്ടറുടെ പേര് _____

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ് _____

CONSENT FORM - SIGNATURE PAGE

Patient Details:

Name: 1

Age: 1

MRN: 1

Consent ID: 4

Consent Required For: IV Injection to prevent headache after surgery

Procedure/Reason:

testing of blood all test needed

Malayalam Translation:

Consent For (Malayalam):

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം തലവേദന തടയാൻ IV
കുത്തിവയ്പ്

Procedure (Malayalam):

അവൾക്കുമായ എല്ലാ പരിശോധനയും രക്തപരിശോധന

Medical Team:

Counsellor: counsellor1

Admitting Doctor: dr Hameed

Signatory Details:

Name: Rahul R

Relationship: Self

Mobile: Not provided

Patient/Relative Digital Signature:



Signed at: 2025-11-03 16:47:57

Doctor's Digital Signature:



Signed at: 2025-11-03 16:47:57

I hereby acknowledge that: