



## MES MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL-PERINTALMANNA

### 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 : \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



# MES MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL-PERINTALMANNA

## വൈദ്യോപദേശത്തിനെതിരായി ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും വിടുതൽ വാങ്ങിക്കുന്നതിനു രോഗി സ്വയം നൽകുന്ന സാക്ഷ്യപത്രം

രോഗിയുടെ പേര്: \_\_\_\_\_

വയസ്സ് \_\_\_\_\_

ആൺ/ പെൺ \_\_\_\_\_

ഐ പി നമ്പർ \_\_\_\_\_

ഒ പി നമ്പർ \_\_\_\_\_

ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റ് ചെയ്ത തീയതി \_\_\_\_\_

ഡോക്ടർ \_\_\_\_\_ (പേര്) എന്നവരുടെ വൈദ്യോപദേശം അവഗണിച്ചു കൊണ്ട് ഞാൻ സ്വമേധയാ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും വിട്ടുപോകുന്നു. ഈ ഘട്ടത്തിൽ ആശുപത്രി വിടുന്നതു മൂലമുള്ള അനന്തര ഫലങ്ങളും അപകട സാധ്യതകളും ഡോക്ടർ എനിക്കു വിശദമാക്കി തന്നിട്ടുണ്ട്. ആശുപത്രിയിൽ കിടന്നുകൊണ്ട് തുടർ ചികിത്സ നടത്തുന്നതിന്റെ ഗുണങ്ങളും അപ്രകാരം ചെയ്യാൻ സാധ്യമല്ലാത്ത പക്ഷം മറ്റു ഉപാധികളും അദ്ദേഹം എനിക്കു വിശദമാക്കി തന്നിട്ടുണ്ട്.

ഇങ്ങനെ ഈ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും വിട്ടുപോകുന്നതു മൂലം എം. ഇ. എസ് മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രിയും ഈ ആശുപത്രിയിലെ ഡോക്ടർമാർ, ജീവനക്കാർ എന്നിവരെ എല്ലാം എന്റെ ഈ നടപടിമൂലം ഭാവിയിൽ അവർക്ക് ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന ദോഷവശങ്ങൾ, നാശനഷ്ടങ്ങൾ, ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ എന്നിവയിൽ നിന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പരിപൂർണ്ണമായി വിമുക്തമാകുന്നു.

ആശുപത്രി വിടുന്ന ദിവസം \_\_\_\_\_

സമയം \_\_\_\_\_

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് \_\_\_\_\_

രോഗിയുടെ ബന്ധുവെങ്കിൽ , ബന്ധുവിന്റെ പേര് \_\_\_\_\_

ബന്ധുവിന്റെ ഒപ്പ് \_\_\_\_\_

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം \_\_\_\_\_

സാക്ഷിയുടെ പേര് \_\_\_\_\_

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് \_\_\_\_\_

## രോഗപരിരക്ഷ നൽകിയ ഡോക്ടറുടെ പ്രസ്താവന

ഞാൻ ഈ രോഗിക്ക്, ഈ ഘട്ടത്തിൽ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും വിട്ടു പോകുന്നതു മൂലമുണ്ടാകാവുന്ന അപകടസാധ്യതകളും, അനന്തര ഫലങ്ങളും, ആശുപത്രിയിൽ തന്നെ കിടന്നുകൊണ്ട് തുടർചികിത്സ ചെയ്താലുണ്ടാകാവുന്ന ഗുണവശങ്ങളും, മെച്ചങ്ങളും അങ്ങനെ ചെയ്യാൻ പറ്റാത്ത പക്ഷം രോഗിക്ക് ചെയ്യാവുന്ന മറ്റു ചികിത്സാ മാർഗ്ഗങ്ങളും ഞാൻ ഈ രോഗിക്കും/ രോഗിയുടെ ബന്ധുവിനും നേരിട്ട് പറഞ്ഞു വിശദീകരിച്ചു കൊടുത്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

രേഖപ്പെടുത്താൻ മറ്റേതെങ്കിലും വിവരം ഉണ്ടെങ്കിൽ താഴെ ചേർക്കണം:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

തീയതി \_\_\_\_\_

സമയം \_\_\_\_\_

ഡോക്ടറുടെ പേര് \_\_\_\_\_

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ് \_\_\_\_\_

# CONSENT FORM - SIGNATURE PAGE

## Patient Details:

Name: 1

Age: 11

MRN: 1234

Consent ID: 13

## Consent Required For:

IV Injection to prevent headache after surgery

## Consent Required For (■■■■■■■■):

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം തലവദന തടയാൻ IV കുത്തിവയ്പ്പ്

## Procedure/Reason Details:

IV Injection to prevent headache after surgery

## Procedure/Reason Details (■■■■■■■■):

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം തലവദന തടയാൻ IV കുത്തിവയ്പ്പ്

## Medical Team:

Counsellor: counsellor1

Admitting Doctor: dr Hameed

## Signatory Details:

Name: Rahul R

Relationship: Self

Mobile: Not provided

## 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

**Patient/Relative Digital Signature:**

**Doctor's Digital Signature:**

Signed at: 2025-11-05 12:08:28

**MES Medical College, Perinthalmanna**

Digital Consent System - Generated Electronically

Signed at: 2025-11-05 12:08:28