

MES MEDICAL COLLEGE
PERINTHALMANNA
DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: 1

Doctor: 1

Age: 1

Consent ID: 21

MRN: 1234

Date: 2025-11-07 11:18

CONSENT REQUIRED FOR:

Anesthesia Consent

വേദനാശമന 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], എന്റെ മെഡിക്കൽ പരീക്ഷണത്തിന് MES മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രിയിൽ വേദനാശമനം സ്വീകരിക്കാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നത്:

- യോഗ്യതയുള്ള വേദനാശമന വിദഗ്ദ്ധരാണ് വേദനാശമനം നൽകുന്നത്
- അലർജി പ്രതികരണങ്ങൾ, ശ്വാസന ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ, അപൂർവ്വ ഗുരുതരമായ സങ്കീർണ്ണതകൾ എന്നിവയുടെ അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ട്
- മെഡിക്കൽ ടീം ഉചിതമെന്ന് കരുതുന്ന വിവിധ തരം വേദനാശമനം ഉപയോഗിക്കാം
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള നിരാഹാര നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഞാൻ പാലിക്കണം
- വേദനാശമനത്തിന് ശേഷമുള്ള പരിചരണം റിക്വറി മുറിയിൽ നൽകും

വേദനാശമനത്തിന്റേയും അനുബന്ധ നടപടികളുടെയും നിർവ്വഹണത്തിന് 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: 2025-11-07 11:18:12

Name: Rahul R

Relationship: Guardian


Signed at: 2025-11-07 11:18:12

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically