

# MES MEDICAL COLLEGE

## PERINTHALMANNA

### DIGITAL CONSENT FORM

#### PATIENT DETAILS:

Name: Arun S Doctor: Dr Sajid  
Age: 11 Consent ID: 20  
MRN: 232323 Date: 2025-11-07 11:11

#### CONSENT REQUIRED FOR:

Anesthesia Consent

വദേനാശമന 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.

ഈൻ, [രണ്ടാം പാറേ], എന്റെ മലിനക്കൽ പ്രക്രിയയ്ക്കായി MES മലിനക്കൽ കാരണം ആശുപത്രിയിൽ വദേനാശമനം സ്വീകരിക്കാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഈൻ മനസ്തിലാക്കുന്നതു:

- യാന്ത്രിക വദേനാശമന വിവരങ്ങൾ വദേനാശമനം നൽകുന്നത്
- അലർജി പ്രതികരണങ്ങൾ, ശ്വാസ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ, അപൂർവ ഗുരുതരമായ സംകീർണ്ണകൾ എന്നിവയുൾപ്പെടെ അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ട്
- മലിനക്കൽ ടീം ഉചിതമനുസരിച്ച് കരുതുന്ന വിവിധ തരം വദേനാശമനം ഉപയാഗിക്കാം.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള നിരാഹാര നിർദ്ദേശങ്ങൾ താൻ പാലിക്കണം.
- വദേനാശമനത്തിന് ശ്വേച്ഛമുള്ള പരിചരണം റികവറി മുൻ്നിയിൽ നൽകും.

വദേനാശമനത്തിന്റെയും അനുബന്ധ നടപടികളുടെയും നിർവ്വഹണത്തിന് താൻ 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: 2025-11-07 11:11:36

Name: Rahul R

Relationship: Spouse

**Doctor's Signature:**



Signed at: 2025-11-07 11:11:36

**MES Medical College, Perinthalmanna**

Digital Consent System - Generated Electronically