



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: _____



**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: 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):

ശസ്ത്രരക്തിയയ്ക്കുശേഷം തലവദന തടയാൻ IV
കുത്തിവയ്പ്

Procedure (Malayalam):

ആവശ്യമായ 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:

Doctor's Digital Signature:

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

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

I hereby acknowledge that: