



MES MEDICAL COLLEGE

PERINTHALMANNA

DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: Arun S

Age: 11

MRN: 1234

Doctor: Dr Sajid

Consent ID: 10

Date: 2025-11-05 17:06

CONSENT REQUIRED FOR:

Anesthesia Consent

അനസ്തേഷ്യ സമ്മതം

PROCEDURE/REASON DETAILS:

I, Arun, 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, അരുൺ, എം.ഇ.എസ് മെഡിക്കൽ കോളേജ് ഹോസ്പിറ്റലിൽ എൻ്റെ മെഡിക്കൽ നടപടിക്രമങ്ങൾക്കായി അനസ്തേഷ്യ സമ്മതിക്കുന്നു. ഞാൻ അത് മനസ്സിലാക്കുന്നു: - യോഗ്യതയുള്ള അനസ്തേഷ്യോളജിസ്റ്റുകൾ അനസ്തേഷ്യ നൽകും - അലർജി പരതിപ്രവർത്തനങ്ങൾ, ശ്വാസന ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ, അപൂർവ്വ ഗുരുതരമായ സങ്കീർണ്ണതകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അപകടസാധ്യതകളുണ്ട് - മെഡിക്കൽ ടീമിന് അനുയോജ്യമെന്ന് കരുതുന്ന വ്യത്യസ്ത തരം അനസ്തേഷ്യ ഉപയോഗിക്കാം - ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള ഉപവാസ നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഞാൻ പാലിക്കണം - അനസ്തേഷ്യയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള പരിചരണം റിക്വറി റൂമിൽ നൽകും അനസ്തേഷ്യയും അനുബന്ധ നടപടിക്രമങ്ങളും നൽകുന്നതിന് 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: 2025-11-05 17:06:41

Name: Rahul R

Relationship: Other Relative



Signed at: 2025-11-05 17:06:41

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically