

MES MEDICAL COLLEGE

PERINTHALMANNA

DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: 1 Doctor: dr Hameed
Age: 11 Consent ID: 9
MRN: 1234 Date: 2025-11-05 16:51

CONSENT REQUIRED FOR:

Blood Transfusion

രക്തപ്പെകർച്ച

PROCEDURE/REASON DETAILS:

I, [ramu], consent to receive blood transfusion at MES Medical College Hospital. I understand that: - Blood will be obtained from certified blood banks - There are risks including allergic reactions, transfusion reactions, and disease transmission - Pre-transfusion testing will be performed - The benefits outweigh the risks in my current condition I consent to the transfusion of blood and blood products as deemed necessary by my treating physician.

ഈൻ, [രാമു], MES മലൈക്കൽ ക്ലേജ്ഞേയുപത്രിയിൽ രക്തപ്പെകർച്ച സ്വീകരിക്കാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു. ഈൻ അത് മനസ്സിലാക്കുന്നു: - സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ രക്തബാംകുകളിൽ നിന്ന് രക്തം ലഭിക്കും - അലർജി പ്രതിപരവർത്തനങ്ങൾ, രക്തപ്പെകർച്ച പ്രതികരണങ്ങൾ, രാഗം പകരൽ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അപകടസാധ്യതകളുണ്ട് - പീ-ക്രാൻസ്പ്രൈഡ് ട്രൈംഗിൾ നടത്തും - എൻ്റെ നിലവിലെ അവസ്ഥയിലെ അപകടസാധ്യതകളെക്കാൾ നേട്ടങ്ങൾ കൂടുതലാണ് എൻ്റെ വികിത്സിക്കുന്ന ഫിസിഷ്യൻ ആവശ്യമാണ് കരുതുന്ന രക്തത്തിന്റെയും രക്ത ഉൽപന്നങ്ങളുടെയും കമെനാറ്റത്തിന് ഈൻ സമ്മതം നൽകുന്നു.

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: 2025-11-05 16:51:51

Name: Rahul R

Relationship: Son

Doctor's Signature:



Signed at: 2025-11-05 16:51:51

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically