

Gravity Hospital & Research Centre – CONSENT FOR SURGERY

Address: Gat No, 167, Sahyog Nager, Triveni Nagar, Chowk, Pimpri-Chinchwad, Maharashtra 411062

Mob.: +91 1234567890

Email: support@gravityhospital.com

PATIENT DETAILS

- **Patient Name:** _____
 - **PRN No.:** _____
 - **Age:** _____
 - **Sex:** _____
 - **IPD No.:** _____
 - **Ward:** _____
 - **Bed No.:** _____
-

1. AUTHORIZATION FOR SURGICAL / OPERATIVE PROCEDURE & ANAESTHESIA (ENGLISH)

I, Mr./Ms. _____, hereby authorize Gravity Hospital & Research Centre and Dr. _____ to perform the following surgical / operative procedure on me / my relative:

Proposed Procedure: _____

I understand that during the course of the surgery, unforeseen conditions may arise which may require additional or emergency procedures different from those initially planned. I therefore authorize the operating surgeon to perform any such additional procedures as may be considered necessary in the best interest of the patient.

I give my consent for administration of anaesthesia and understand that the type of anaesthesia (General / Spinal / Local / Regional) will be selected based on medical necessity, except for the following exceptions (if any):

Exceptions: _____

I declare that I am **not suffering from** Hypertension / Diabetes / Bleeding Disorders / Heart Disease **OR** the following conditions (if any):

I further declare that I am **not aware of any drug allergies or adverse drug reactions**, except as mentioned below:

I also consent to the use of medications, intravenous fluids, blood, blood products, plasma, and any other necessary treatment required during or after the surgery.

The nature, purpose, benefits, risks, possible complications, available alternative treatment options, and expected prognosis of the surgery have been fully explained to me in a language I understand.

I have been given sufficient opportunity to ask questions and seek a second medical opinion. I understand that **no guarantee or assurance** has been given regarding the outcome of the surgery.

I consent to clinical photography and videography for medical, scientific, and educational purposes, provided my identity is not disclosed.

I understand that all medical records and treatment-related documents will be preserved by the hospital as per legal requirements.

Patient & Witness Signatures (ENGLISH)

Role	Name	Signature	Date	Time
------	------	-----------	------	------

e

Patient / Relative

Witness 1

Witness 2

Doctor / Surgeon

शल्य-क्रिया हेतु सहमति पत्र (HINDI – पूर्ण व विस्तार से)

मैं, श्री/सुश्री _____, Gravity Hospital & Research Centre तथा डॉ. _____ को मेरे / मेरे परिजन पर निम्नलिखित शल्य-क्रिया करने की पूर्ण अनुमति देता/देती हूँ:

प्रस्तावित शल्य-क्रिया: _____

मुझे यह स्पष्ट रूप से समझाया गया है कि शल्य-क्रिया के दौरान ऐसी अप्रत्याशित परिस्थितियाँ उत्पन्न हो सकती हैं जिनमें अतिरिक्त या आपातकालीन शल्य-प्रक्रियाएँ आवश्यक हो सकती हैं। ऐसी स्थिति में, मैं चिकित्सक को आवश्यकतानुसार निर्णय लेने की अनुमति देता/देती हूँ।

मैं एनेस्थीसिया (बेहोशी) दिए जाने के लिए सहमति देता/देती हूँ तथा यह समझता/समझती हूँ कि इसका प्रकार चिकित्सकीय आवश्यकता के अनुसार चुना जाएगा।

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे उच्च रक्तचाप, मधुमेह, रक्तस्राव विकार, हृदय रोग अथवा किसी अन्य गंभीर बीमारी की जानकारी नहीं है, सिवाय निम्नलिखित के:

मैं यह भी घोषित करता/करती हूँ कि मुझे किसी दवा से ऐर्जी नहीं है, सिवाय नीचे उल्लिखित के:

मैं दवाओं, इंजेक्शन, तरल पदार्थ, रक्त या रक्त-घटकों तथा आवश्यक अन्य चिकित्सा उपचारों के लिए सहमति देता/देती हूँ।

मुझे शल्य-क्रिया की प्रकृति, उद्देश्य, लाभ, जोखिम, संभावित जटिलताएँ, वैकल्पिक उपचार विधियाँ तथा भविष्य की स्थिति के बारे मैं मेरी समझ की भाषा में विस्तार से बताया गया है।

मुझे प्रश्न पूछने तथा दूसरी राय लेने का अवसर दिया गया है। मैं समझता/समझती हूँ कि शल्य-क्रिया के परिणाम की कोई गारंटी नहीं दी गई है।

मैं चिकित्सा एवं शैक्षणिक प्रयोजनों हेतु फोटोग्राफी / वीडियोग्राफी के लिए सहमति देता/देती हूँ, बशर्ते मेरी पहचान गोपनीय रखी जाए।

मुझे जात है कि मेरे सभी चिकित्सा अभिलेख कानून के अनुसार अस्पताल द्वारा सुरक्षित रखे जाएंगे।

■ शस्त्रक्रियेसाठी संमतीपत्र (MARATHI – पूर्ण व सविस्तर)

मी, श्री/श्रीमती _____, Gravity Hospital & Research Centre व डॉ. _____ यांना माझ्यावर / माझ्या नातेवाईकावर खालील शस्त्रक्रिया करण्यासाठी संपूर्ण संमती देत आहे:

प्रस्तावित शस्त्रक्रिया: _____

शस्त्रक्रियेदरम्यान अनपेक्षित परिस्थिती उद्भवू शकते व त्यावेळी अतिरिक्त किंवा तातडीच्या शस्त्रक्रिया कराव्या लागू शकतात, याची मला पूर्ण जाणीव आहे. अशा परिस्थितीत डॉक्टरांनी आवश्यक तो निर्णय घ्यावा यास मी संमती देत आहे.

मला भूल (General / Spinal / Local) देण्यात येणार असून त्याचा प्रकार वैद्यकीय गरजेनुसार ठरविला जाईल, हे मला समजावून सांगण्यात आले आहे.

मला उच्च रक्तदाब, मधुमेह, रक्तस्राव विकार, हृदयरोग किंवा औषधांची अलर्जी नाही, अन्यथा खाली नमूद केले आहे:

माझ्या उपचारासाठी आवश्यक औषधे, सलाईन, रक्त, रक्तघटक किंवा इतर उपचार देण्यास मी संमती देत आहे.

शस्त्रक्रियेचे स्वरूप, फायदे, धोके, संभाव्य गुंतागुंत, पर्यायी उपचार व भविष्यातील परिणाम यांची मला सविस्तर माहिती देण्यात आली आहे.

मला प्रश्न विचारण्याची व दुसरी वैद्यकीय मते घेण्याची संधी देण्यात आली आहे. शस्त्रक्रियेच्या परिणामाची कोणतीही हमी दिली गेलेली नाही, हे मला समजते.

वैद्यकीय व शैक्षणिक उद्देशांसाठी फोटो / व्हिडिओ घेण्यास मी संमती देत असून माझी ओळख गुप्त ठेवली जाईल.

माझे सर्व वैद्यकीय कागदपत्रे कायद्यानुसार रुग्णालयात सुरक्षित ठेवली जातील, याची मला जाणीव आहे.

END OF SURGERY CONSENT FORM
