

Gravity Hospital & Research Centre – TUBAL LIGATION CONSENT FORM

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

Mob.: +91 1234567890

Email: support@gravityhospital.com

PATIENT INFORMATION

- **Name:** _____
 - **Age:** _____ Years
 - **Registration No.:** _____
 - **Title of Operation:** Tubal Ligation (Female Sterilization)
-

TUBAL LIGATION CONSENT (ENGLISH – FULL & ELABORATIVE)

I, _____, hereby voluntarily give my consent to undergo **Tubal Ligation (Female Sterilization) surgery** at Gravity Hospital & Research Centre.

I declare that all the information provided by me in this form and its annexures is true and correct to the best of my knowledge. I fully understand the nature, purpose, and implications of this procedure and request the hospital and treating doctors to perform this surgery.

A. Personal & Family Details

- **Age:** _____
 - **Husband's Age:** _____
 - **Total Living Children:**
 - Male: _____
 - Female: _____
 - **Name of Hospital:** Gravity Hospital & Research Centre
-

B. Declarations

I solemnly declare that:

1. I am legally married and my husband is alive.
 2. I do not desire to have any more children in the future.
 3. I am willingly undergoing this sterilization procedure of my own free will.
 4. I understand that Tubal Ligation is a **permanent and practically irreversible procedure**, and I will not be able to conceive again after this operation.
 5. I have discussed this decision thoroughly with my husband and he has given his full consent.
 6. This decision has been taken after careful consideration and without any force, pressure, inducement, or coercion from anyone.
 7. I have not undergone this sterilization operation previously.
-

C. Anaesthesia & Surgery Consent

I consent to undergo this operation under **General / Spinal / Local Anaesthesia**, as explained to me by the Anaesthesiologist Dr. _____ and the Operating Surgeon Dr. _____.

I consent to the administration of medicines, drugs, blood products (if required), and any necessary medical treatment for my safety and well-being.

I am aware of alternative family planning methods and have voluntarily chosen this procedure.

I have been informed about possible complications during or after the operation, which I understand and accept.

D. Eligibility & Follow-up

I understand the eligibility criteria for this operation and confirm that I am eligible.

If menstruation does not occur within **15 days after surgery**, I shall immediately report to the doctor.

If I have previously undergone Tubal Ligation and it failed, I consent to repeat the procedure if medically advised.

E. Compliance with Medical Advice

I agree to attend all follow-up visits as advised by the doctor.
Failure to do so shall be my sole responsibility.

F. Final Declaration

- ☐ I have read and understood the contents of this consent form.
☐ The contents have been read out and explained to me in my mother tongue, and I fully understand and agree to abide by them.
-

Signatures (ENGLISH)

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

Patient

Witness

नलिका बंधन (ट्यूबल लिगेशन) संमती पत्र (HINDI – पूर्ण व विस्तार से)

मैं, _____, अपनी पूर्ण इच्छा एवं समझ के साथ Gravity Hospital & Research Centre में नलिका बंधन (ट्यूबल लिगेशन) शल्य-क्रिया कराने की सहमति प्रदान करती हूँ।

मुझे इस प्रक्रिया का उद्देश्य, प्रकृति, स्थायित्व तथा इसके परिणामों के बारे में स्पष्ट रूप से समझाया गया है। इस फॉर्म में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है।

अ. व्यक्तिगत एवं पारिवारिक विवरण

- आयु: _____
 - पति की आयु: _____
 - जीवित संतानें:
 - पुत्र: _____
 - पुत्री: _____
-

ब. घोषणाएँ

मैं यह घोषणा करती हूँ कि:

1. मैं विवाहित हूँ तथा मेरे पति जीवित हैं।
2. मैं भविष्य में और संतान नहीं चाहती।
3. यह निर्णय मैंने अपनी स्वतंत्र इच्छा से लिया है।
4. मुझे ज्ञात है कि नलिका बंधन एक स्थायी एवं लगभग अपरिवर्तनीय प्रक्रिया है।
5. मैंने यह निर्णय अपने पति से चर्चा करके लिया है।
6. मुझ पर किसी प्रकार का दबाव, प्रलोभन या ज़बरदस्ती नहीं की गई है।
7. मैंने पहले कभी यह ऑपरेशन नहीं कराया है।

स. एनेस्थीसिया एवं शल्य-क्रिया की सहमति

मुझे दी जाने वाली एनेस्थीसिया के प्रकार की जानकारी दी गई है और मैं आवश्यक दवाओं एवं उपचार के लिए सहमति देती हूँ।

ड. पात्रता एवं फॉलो-अप

यदि शल्य-क्रिया के 15 दिनों के भीतर माहवारी न हो तो मैं डॉक्टर से संपर्क करूँगी।

ई. चिकित्सकीय सलाह का पालन

डॉक्टर द्वारा बताई गई सभी सलाहों का पालन करूँगी।

एफ. अंतिम घोषणा

मुझे यह फॉर्म मेरी भाषा में पढ़कर समझाया गया है और मैं पूर्ण सहमति देती हूँ।

नलिका-बंधन (ट्यूबल लिगेशन) संमतीपत्र (MARATHI – पूर्ण व सविस्तर)

मी, _____, माइया संपूर्ण इच्छेने व समजुतीने Gravity Hospital & Research Centre येथे नलिका-बंधन शस्त्रक्रिया करण्यासाठी संमती देत आहे.

ही शस्त्रक्रिया कायमस्वरूपी असून यानंतर गर्भधारणा होणार नाही, हे मला पूर्णपणे समजावून सांगण्यात आले आहे.

घोषणा

मी विवाहित असून हा निर्णय मी कोणत्याही दबावाशिवाय घेतला आहे. मी व माझ्या पतीने विचारपूर्वक हा निर्णय घेतला आहे.

भूल व उपचार संमती

मला दिल्या जाणाऱ्या भूल प्रकाराबाबत माहिती देण्यात आली आहे व आवश्यक उपचारासाठी मी संमती देते.

अंतिम घोषणा

मला संपूर्ण मजकूर समजला असून मी पूर्ण संमती देते.

END OF TUBAL LIGATION CONSENT FORM
