

ICON HOSPITAL – TUBAL LIGATION CONSENT FORM

ISO CERTIFIED 9001:2015

Gat No. 163, Tower Line Corner, Talawade Road, Triveninagar, Pune – 14

Mob.: 8149200044, 8149300044

Email: iconhospital2016@gmail.com

PATIENT INFORMATION (ENGLISH)

Name: _____

Age: _ Years

Reg. No.: _____

Title of the Operation: Tubal Ligation

I, _____, the undersigned, **consent to my own Tubal Ligation operation**. I further state that the information given above and in the appendices A, B, C, D, E & F is true and correct to the best of my knowledge.

I request you to perform this surgery.

A. Details

1. Age: __

Husband Age: ____

2. Total Living Children: Male: __ Female: ____

3. Name of the Hospital: _____

B. Declarations

1. I am married. My husband is alive.
2. I do not desire to have any further children.
3. I am willing to undergo this sterilisation operation because I do not want more children in future.
4. I am aware that after this tubal-ligation operation, which is practically irreversible, I shall not be able to bear children again.
5. I have discussed this decision thoroughly with my husband and he has agreed to the same.
6. This decision has been taken by us after giving it **deep thought**. We are not coerced, pressurised or influenced by anyone. This decision is fully voluntary.
7. I have not undergone this operation in the past.

C. Anaesthesia & Surgery Consent

1. I am ready for this operation under GA/SA/LA. The type of anaesthesia is explained to me by the **Anaesthesiologist Dr. _____** and the **Operating Surgeon Dr. _____**.
2. I consent to medication, drugs or treatment required for my health.
3. I am aware of other family planning methods.
4. I have been made aware of the possible complications during and after the operation, such as:

D. Eligibility & Follow-up

1. I understand the eligibility norms of this operation and that I am eligible to undergo it.
2. If menstruation does not occur within 15 days after the operation, I will report to the doctor.
3. If I had undergone this operation previously and it failed, I am ready to undergo the repeat procedure.

E. Follow Medical Advice

1. I shall come for follow-up treatment as per medical advice.
2. If I fail to do so, I shall be solely responsible for the consequences.

F. Declaration

- ☐ I have read the above writing.
- ☐ The above writing has been read out to me in my mother tongue. I have understood it and shall abide by the same.

Signatures (English)

Witness

Sign: ____

Name: ____

Address: _____

Age: _____

Date: _ / _ / 20__

Patient

Sign / L.H.T.I.: ____

Date: / _ / 20

Time: _____

नलिका - रोहन संमती पत्र (MARATHI VERSION)

नाव: _____

वय: _ वर्ष

रेजी. नंबर: _____

शस्त्रक्रियेचे नाव: नलिका-रोधन (Tubal Ligation)

मी, श्रीमती _____ हि माहिती दिलेली आहे की मला नलिका-रोधन शस्त्रक्रिया करण्यासाठी संमती देत आहे.

अ. पतीची व मुलांची माहिती

1. पतीचे वय: _____

2. जिवंत मुलं: मुलगे: __ मुली: ____

3. हॉस्पिटलचे नाव: _____

ब. माझी घोषणा:

- मी विवाहित आहे. माझा पती जिवंत आहे.
- मला आता आणखी मुले होऊ नयेत अशी इच्छा आहे.
- मला ही नलिका-रोधन शस्त्रक्रिया स्वेच्छेने करायची आहे.
- या शस्त्रक्रियेनंतर पुन्हा गर्भधारणा होण्याची शक्यता नसते, हे मला डॉक्टरांनी समजावून सांगितले आहे.
- मी पतीशी चर्चा करूनच हा निर्णय घेतला आहे.
- हा निर्णय कोणत्याही दबावातून किंवा प्रलोभनातून घेतलेला नाही. पूर्ण स्वेच्छेने घेतला आहे.
- मी यापूर्वी नलिका-रोधन शस्त्रक्रिया केलेली नाही.

क. भूल व शस्त्रक्रियेबाबत संमती

- मला कोणत्या प्रकारची भूल दिली जाणार आहे याची माहिती डॉक्टरांनी दिली आहे.
- माझ्या आरोग्यास योग्य ती औषधे / उपचार देण्यास मी संमती देते.
- इतर कुटुंबनियोजन पद्धतीची माहिती मला दिली आहे.
- शस्त्रक्रियेतील व नंतर होऊ शकणाऱ्या गुंतागुंतीबद्दल मला माहिती देण्यात आली आहे.

ड. इतर माहिती

- मी या शस्त्रक्रियेस पात्र आहे.
 - शस्त्रक्रियेनंतर पंधरा दिवस मासिक पाळी आली नाही तर डॉक्टरांना संपर्क करेन.
 - यापूर्वी शस्त्रक्रिया अपयशी ठरली असल्यास, आता पुन्हा शस्त्रक्रिया करण्यास मी तयार आहे.
-

ई. वैद्यकीय सल्ला

मी वैद्यकीय सल्ल्याप्रमाणे फॉलो-अप करेन. न केल्यास परिणामांची जबाबदारी माझी राहील.

एफ. घोषणा:

वरील सर्व मजकूर मी वाचला आहे / मला माझ्या मातृभाषेत वाचून दाखविण्यात आला आहे.
मला समजला आहे व मी त्यास संपूर्ण संमती देते.

स्वाक्षरी विभाग (MARATHI)

सही: ____

नाव: ____

पत्ता: ____

वय: ____

दि.: _ / _ / 20

स्वाक्षरी: ____ (रुग्ण / नातेवाईक)

दि.: / ____ / 20

वेळ: ____

END OF TUBAL LIGATION CONSENT FORM