

CONSENT FORM FOR ANAESTHESIA

Emergency/ Elective

Surgeon's Name

I, the undersigned, being over the age of eighteen (18) years and in proper state of mind do hereby authorize Dr. _____ and /or his/her team as may be designated by him/ her to provide recommended anaesthesia for the proposed surgery.

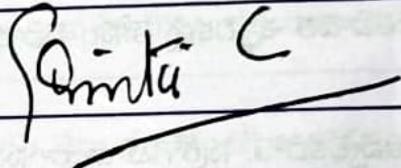
In case the patient is unable to give consent or is a minor, the same shall be given by the surrogate:

I, _____, the undersigned being the surrogate decision maker of the patient _____, hereby authorize Dr. _____ and /or his/her team as may be designated by him/ her to provide recommended anaesthesia for the proposed surgery

Type of Anaesthesia, Expected Result, Technique and Risks including but not limited to:

Type of anaesthesia	Expected Result	Technique	Risks including but not limited to
General anaesthesia	Expected Result	Technique	Risks including but not limited to
Spinal/Epidural Analgesia/Anaesthesia	Expected Result	Technique	Risks (include but not limited to)
With Sedation Without Sedation			
Major/Minor Nerve Block	Expected Result Technique		
With Sedation Without Sedation			
Intravenous Regional Anaesthesia	Expected Result		

Patient / surrogate decision maker

100000000,	
	Anaesthesiologist
Name DR SOMIA	Signature 
Date and Time	

అనస్థీషియా కోసం సమ్మతి పత్రం



రోగి పేరు:	వయస్సు:
లింగం: పురుషుడు / స్త్రీ	యుహెచ్ఐఐఐడి:
రోగ విధారణ:	డాక్టర్ పేరు:

నేను, కింద సంతకం చేసిన వ్యక్తిని (18) సంవత్సరాల కంటే ఎక్కువ వయస్సు మరియు సరైన మానసిక స్థితిలో ఉన్నందున, వైద్యుల సలహా మేరకు డాక్టర్..... లేదా అతని/ఆమె బృందం ద్వారా నిర్దేశించిన విధంగా దయాలసిస్ విధానాన్ని నిర్వహించడానికి ఇందుమూలంగా ఆధికారం ఇస్తూ కింద సంతకం చేశాను.

అతను/ఆమె ప్రతిపాదిత శస్త్రచికిత్స కోసం సిఫార్సు చేయబడిన అనస్థీషియాను అందించడానికి.

రోగి సమ్మతిని ఇవ్వలేకపోతే, సర్లోగేట్ ద్వారా సమ్మతి ఇవ్వబడుతుంది.

నేను..... రోగి..... యొక్క సర్లోగేట్ డిసిషన్ మేకర్గా క్రింద సంతకం చేశాను. వైద్యుల సలహా మేరకు డాక్టర్..... లేదా అతను/ఆమె బృందం ద్వారా నిర్దేశించిన విధంగా దయాలసిస్ విధానాన్ని నిర్వహించడానికి ఇందుమూలంగా ఆధికారం ఇస్తూ కింద సంతకం చేశాను.

వివిధ రకాలైన అనస్థీషియా, ఆశించిన ఫలితం, సాంకేతికత మరియు ప్రమాదాలు వీటికి మాత్రమే పరిమితం కాకుండా

అనస్థీషియాలో రకాలు		
జనరల్ అనస్థీషియా	ఆశించిన ఫలితాలు	మొత్తం అపస్మారక స్థితి, శ్వాసనాళానికి/సమీపంలో ట్యూబ్స్ ఉంచడం సాధ్యమవుతుంది.
	సాంకేతికత	రక్తప్రవాహంలోకి ఇంజెక్ట్ చేసిన డ్రగ్, ఊపిరితిత్తులు ద్వారా పీల్చడం లేదా ఇతర మార్గాల ద్వారా అందించడం.
	ప్రమాదాలు వీటికి మాత్రమే పరిమితం కాదు	నోరు లేదా గొంతు నొప్పి, గొంతు బొంగురుపోవడం, నోటికి గాయం అవడం, పెదవులు లేదా దంతాలకు గాయం, అనస్థీషియా కింద అవగాహన, రక్తనాళాలకు గాయం, వాంతులు, కడుపు బిగుతుగా వుండడం, న్యూమోనియా, ట్రోంకోస్పాస్మి, కష్టమైన ఇంట్యూబేషన్, పల్మనరీ హైపర్టెన్సివ్ మరియు అందోకన, కార్డియాక్ ఆరిథ్మియా, కార్డియోపల్మనరీ అరెస్ట్, హైపోటెన్షన్, డ్రగ్స్ అలెర్జీ.

నేను చార్జింగ్ రిమిడియేషన్, మరమ్మత్తు లేదా ఏ రకమైన రద్దీ విరుద్ధమైన డ్రాగ్స్ అయినా ఉపయోగించడం వల్ల తీవ్రమైన సమస్యలు ఉత్పన్నమవుతాయని నేను అర్థం చేసుకున్నాను మరియు వాటిని కూడా అవార్డకు చేయాలి. గతంలో మత్తుమందు ఎక్స్పజర్ నుండి ఉత్పన్నమైన ఏదైనా సమస్యలను కూడా నేను అవార్డకు చేయాలని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

నాకు సూచించిన అనస్థీషియా సేవలకు నేను సమ్మతిస్తున్నాను మరియు అది నిర్వహించడానికి నేను వైద్యులకు అధికారం ఇస్తున్నాను., వీరంతా ఈ ఆరోగ్య సదుపాయంలో అనస్థీషియా సేవలను అందించడానికి అర్హత కలిగి ఉన్నారు. అవసరమైతే, సముచితంగా భావించే ప్రత్యామ్నాయ రకం అనస్థీషియాకు కూడా నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

నేను ఈ ప్రత్యామ్నాయ చదివాను లేదా నాకు చదివి వినిపించారు, అనస్థీషియా యొక్క నష్టాలు, ప్రత్యామ్నాయాలు మరియు ఆశించిన ఫలితాలను నేను అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అవసరమైన విధంగా అనస్థీషియా కింద శస్త్రచికిత్స చేయడానికి నా సమ్మతిని తెలియజేస్తున్నాను.

రోగి / సక్రోగేట్ నిర్ణయం తీసుకునే వ్యక్తి

పేరు: సక్రోగేట్ అయితే రోగితో గల సంబంధం:

సంతకం:

సాక్షి

పేరు: మొబైల్ నంబరు:

సంతకం:

అనస్థీషియాలజిస్ట్

పేరు: