

## GENERAL CONSENT\*

I, the undersigned, Mr. Mazhar Hussain, being the Patient / Parent / Guardian of \_\_\_\_\_, do hereby consent for the following.

1. To Provide personal & health related information to facilitate evaluation and treatment.
  2. To subject myself / my child / my ward to a physical examination by appropriate Hospital personnel to facilitate evaluation and treatment.
  3. For any Diagnostic procedure, as advised by the Clinician from time to time.
  4. To undergo testing for HIV for which I have received Pre Test Counseling.
  5. For use of all or part of my / my child's / my ward's case record, including investigation reports, to be used for Research purpose, without disclosing my / my child's / my ward's identity as well as for National Cancer Registries.
  6. For the re-use of single-use devices and appliances after appropriate sterilization.
  7. For the use of diseased tissue that is removed during surgery for purposes of Research, the results of which, I am given to understand, would have no bearing on my / my child's / my ward's treatment.
  8. For transfer into / out of the ICU (Intensive Care Unit) at the sole discretion of the treating Clinician and / or the Officer-in-charge of the ICU or his / her representative.
  9. I hereby nominate \_\_\_\_\_ who is \_\_\_\_\_ (relationship) to consent on my behalf in the event of myself being medically incapacitated to give consent during the course of my treatment in this Hospital.
  10. To receive free SMS alerts on my Registered Mobile Phone regarding my appointments for evaluation and treatment.
- I here by consent to the above on my own free will and accord, knowing fully well all possible consequences which have been explained to me in a language that I understand.

Date \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

(Patient / Parent / Guardian)

(Witness)

(Health Care Provider)

\* Strike out clause/s as appropriate

## सामान्य सहमति\*

- मैं अधोहस्ताक्षरी \_\_\_\_\_ रोगी/माता-पिता/अभिभावक होने के नाते नीचे बताई गई बातों के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।
1. बीमारी की जाँच-परख सुगमता के करने के लिए व्यक्तिगत और स्वास्थ्य से जुड़ी जानकारी और इलाज के लिए देना।
  2. बीमारी की जाँच-परख सुगमता और इलाज करने के लिए अस्पताल के उपयुक्त कर्मिक द्वारा मेरा/मेरे बच्चे का/मेरी जिम्मेदारी वाले रोगी की शारीरिक जाँच करने की अनुमति देना।
  3. समय समय पर डॉक्टर द्वारा कराने के लिए बताये गए किसी भी प्रकार की नैदानिक प्रक्रियाओं के लिए।
  4. HIV के लिए टेस्ट कराने की अनुमति देना जिसके लिए मुझे पूर्व सलाह दी गई है।
  5. मेरे/मेरे बच्चे की / मेरी जिम्मेदारी वाले रोगी की पूरे केस रेकॉर्ड या उसके किसी हिस्से, जिसमें जाँच की रिपोर्ट भी शामिल है का मेरी/मेरे बच्चे की/मेरी जिम्मेदारी वाले रोगी की पहचान बताये बिना, नेशनल केन्सर रजिस्ट्री में सूचना और अनुसंधान के लिए इस्तमाल करने की अनुमति देना।
  6. एक ही बार इस्तमाल होने वाले उपकरणों का दुबारा उनका इस्तमाल विसंक्रमण करने के बाद किया जाएगा।
  7. ऑपरेशन के दौरान निकाले गए खराब ऊतक (टिशु) का इस्तमाल करने की अनुमति देना। मुझे समझाया गया है कि इसके परिणामों का मेरे इलाज पर कोई असर नहीं होगा।
  8. इलाज करने वाले डॉक्टर के निर्णय पर और / ICU के प्रभारी डॉक्टर या उनके प्रतिनिधि के स्वनिर्णय पर ICU में भर्ती होने या ICU से बाहर होने के लिए।
  9. इस अस्पताल में मेरे इलाज के दौरान सहमति देने के लिए वैधकीय रूप से अक्षम होने की स्थिति में मेरी और से सहमति देने के लिए मैं \_\_\_\_\_ को नामित करता/करती हूँ जो मेरे \_\_\_\_\_ (रिश्ता है)।
  10. जाँच और इलाज के लिए मेरे अपोइन्टमेंट के बारे में मेरे पंजीकृत मोबाइल फोन पर मुफ्त एसएमएस अलर्ट प्राप्त करने हेतु।
- मैं घोषित करता/करती हूँ कि यह सहमति मैं अपनी मर्जी से, सभी संभाव्य परिणामों को अच्छी तरह समझते हुए, जिसे मुझे समझ में आने वाली भाषा में समझाया गया है दे रहा/रही हूँ।

तारीख :

हस्ताक्षर :

नाम :

रोगी/माता-पिता/अभिभावक)

(गवाह)

(डॉक्टर)

\* जो शर्तें आप पर लागू नहीं होती / आपने सहमती नहीं दी हैं उन्हें काट दें।