

- 9) I acknowledge that no guarantee and promises has been made to me concerning the result of any procedure मुझे किसी भी प्रक्रिया/उपचार के परिणाम के विषय में कोई गारंटी और वादे नहीं किये गये हैं।
- 10) I consent to the photographing or televising of the operations or procedures to be performed, including all portions of my body, for medical scientific or educational purposes, provided that my identity is not revealed by the pictures or by descriptive texts accompanying them or by any other means whatsoever. मैं यह सहमति दे रहा/रही हूँ। कि चिकित्सीय, वैज्ञानिक या शैक्षणिक उद्देश्य के लिए मेरे शरीर के उचित/असहज हिस्सों पर किये जाने वाले शल्यक्रिया या प्रक्रिया के छायांकन या दूरदर्शन पर प्रसारण किया जा सकता है। किसी भी छायाचित्र या संलग्न वर्णनात्मक विवरण द्वारा या अन्य किसी तरह से मेरी पहचान उजागर न हो।
- 11) For the purpose of advancing medical education, I hereby give consent to the admittance of observers into the operating room. मेडिकल शिक्षा को आगे बढ़ाने के उद्देश्य के लिए मैं ऑपरेटिंग कमरे में पर्यवेक्षकों के प्रवेश करने की सहमति दे रहा/रही हूँ।
- 12) I also give consent to the disposal by hospital authorities of any diseased tissues or parts thereof necessarily removed during the course of operative procedure/treatment. मैं ऑपरेटिव प्रक्रिया/उपचार के दौरान आवश्यक किसी रोगग्रस्त ऊतकों या भागों के हटाने व उनके निपटारे अस्पताल के अधिकारियों को सहमति दे रहा/रही हूँ।
- 13) I authorize the institute to use the tissue/tissue (.....) removed from my body during therapeutic or diagnostic purposes for teaching and/or research, in the form the institute deems fit without disclosing my identity. मैं शिक्षण और/या अनुसंधान या जैसा कि संस्थान उचित समझे के लिए चिकित्सीय या वैज्ञानिक प्रयोजनों के दौरान मेरे शरीर से निकाले ऊतक (.....) का उपयोग करने के लिए संस्थान को अधिकृत कर रहा/रही हूँ। जिसमें मेरी पहचान का खुलासा नहीं किया जाये।

I certify that the statements made in the above consent letter have been read over and explained to me in my mother tongue and I have fully understood the implications of the above consent and further submit that the statements therein referred to were filled in and any inapplicable paragraphs stricken off before I signed/put my thumb impression.

मैंने उपरोक्त सहमति पत्र में दिए गए बयान पढ़े और मेरी मातृभाषा में मुझे समझाया गया तथा मुझे पूरी तरह से ऊपर सहमति का निहितार्थ समझ में आ गया है। साथ ही सभी आवश्यक बयानों की पूर्ति कर दी गई है तथा अनावश्यक अनुच्छेदों मेरे हस्ताक्षर/अंगूठे निशान से पहले काट दिया गया है।

Date/ तिथि:

19/2/2019

Name/नाम

When patient is a minor or unable to affix signature due to mental or physical disability.

मरीज एक अवयस्क या मानसिक या शारीरिक विकलांगता के कारण हस्ताक्षर करने में असमर्थ हैं।

Name and relationship with patient

नाम और रोगी के साथ संबंध

Date/ तिथि:

Signature/thumb impression of parent/guardian

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

Signature, name and address of the witnesses/ हस्ताक्षर, नाम और गवाहों के पते :-

2.

I confirm that I have explained the nature and effects of the operation/treatment to the person who has signed the above consent form.

मैं यह पुष्टि करता हूँ कि ऊपर सहमति पत्र पर हस्ताक्षर करने वाले को ऑपरेशन/उपचार के प्रभाव को

Date:

Name of doctor-in-charge:

Signature of doctor-in-charge

Designation

Scanned by CamScanner



ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, JODHPUR

CONSENT FORM / सहमति सूचना पत्र

aiims/jdh/2019/01/015823

50 Year

Daughter/Son/पुत्री.....

Address/पता:.....

Consent for

Authorization of medical treatment, administration of anesthesia and performance of surgical operation and/or diagnostic/therapeutic procedure.
 चिकित्सा उपचार, निश्चेतना, शल्य चिकित्सा और चिकित्सकीय निदान प्रक्रिया की अनुज्ञा -

I hereby authorize AIIMS, Jodhpur and staff to perform upon the following medical treatment, surgical operation and/or diagnostic/therapeutic procedures पर मेरे द्वारा अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, जोधपुर और इसके कर्मचारियों को करने निम्नलिखित चिकित्सा उपचार, शल्य चिकित्सा और चिकित्सीय निदान प्रक्रिया के लिए अधिकृत कर रहा/रही हूँ।

2) It has been explained to me that, during the course of the operation/procedure, unforeseen conditions may be revealed or encountered which necessitate surgical or other emergency procedures in addition to or different from those contemplated at the time of initial diagnosis. I, therefore, further authorize the above designated staff to perform such additional surgical or other procedures as they deem necessary or desirable.
 मुझे अवगत कराया गया है कि ऑपरेशन/प्रक्रिया के दौरान, अप्रत्याशित स्थितियों में अलग से शल्य चिकित्सा करने के अलावा या अन्य आपातकालीन प्रक्रियाओं की जरूरत हो सकती है या सामना करना पड़ सकता है। इसलिए आवश्यक/अतिरिक्त शल्य चिकित्सा या अन्य प्रक्रियाओं के लिए ऊपर नामित कर्मचारियों को अधिकृत करता/करती हूँ।

3) I give consent to the administration of anesthesia and to use such anesthetics as may be deemed necessary or desirable, except to the following exceptions: (indicate exception or none) को छोड़कर, मैं निश्चेतना के प्रयोग के लिए सहमति दे रहा/रही हूँ। और निम्न अपवादों आवश्यक या वांछनीय रूप में इस तरह के निश्चेतक का उपयोग करने की सहमति दे रहा/रही हूँ।

4) I state that I am/am not suffering from hypertension/diabetes/bleeding disorders/heart diseases or मेरी जानकारी के अनुसार मैं दिल की बीमारी/खून बहने/उच्च रक्तचाप/मधुमेह से पीड़ित नहीं हूँ।

5) I also state that I am not suffering from any known allergies or drug reactions to the best of my knowledge. मैं किसी भी ज्ञात एलर्जी या दवा प्रतिक्रियाओं से पीड़ित नहीं हूँ।

6) To the best of my knowledge, I further consent to the administration of such drugs, infusions, plasma or blood transfusions or any other treatment or procedures deemed necessary. मैं ऐसी दवाओं, प्लाज्मा या रक्त संचारण या आवश्यक किसी भी अन्य उपचार या प्रक्रियाओं के प्रशासन के लिए सहमत हूँ।

7) The nature and purpose of the operation and/or procedures, the necessity thereof, the possible alternative method, treatment, prognosis, the risks involved and the possibility of complications in the investigative procedure/ investigations and treatment of my condition/diagnosis have been fully explained to me and I understand the same. शल्य चिकित्सा और चिकित्सकीय निदान प्रक्रियाओं की प्रकृति और उद्देश्य, आवश्यकता, संभव वैकल्पिक पद्धति, उपचार, रोग का निदान, शामिल जोखिम और मेरी स्थिति/निदान की जांच प्रक्रिया/जांच और उपचार में जटिलताओं की संभावनाओं से पूरी तरह से मुझे अवगत करवाया गया है और मैं पूरी तरह से समझ गया/गयी हूँ।

8) I have been given an opportunity to ask any question and I have also been given option to ask for any second opinion. मुझे सभी तरह के सवाल पूछने का मौका दिया गया और मुझे किसी भी दूसरे की राय जानने के लिए विकल्प दिया गया है।



ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, JODHPUR

CONSENT FORM / सहमति सूचना पत्र

aiims/jdh/2019/01/015823

50 Year

Daughter/Son/पुत्री:

Address/पता:.....

Consent for

Authorization of medical treatment, administration of anesthesia and performance of surgical operation and/or diagnostic/therapeutic procedure.
 चिकित्सा उपचार, निश्चेतना, शल्य चिकित्सा और चिकित्सकीय निदान प्रक्रिया की अनुज्ञा -

I hereby authorize AIIMS, Jodhpur and staff to perform upon the following medical treatment, surgical operation and/or diagnostic/therapeutic procedures पर मेरे द्वारा अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, जोधपुर और इसके कर्मचारियों को करने निम्नलिखित चिकित्सा उपचार, शल्य चिकित्सा और चिकित्सीय निदान प्रक्रिया के लिए अधिकृत कर रहा/रही हूँ।

2) It has been explained to me that, during the course of the operation/procedure, unforeseen conditions may be revealed or encountered which necessitate surgical or other emergency procedures in addition to or different from those contemplated at the time of initial diagnosis. I, therefore, further authorize the above designated staff to perform such additional surgical or other procedures as they deem necessary or desirable.
 मुझे अवगत कराया गया है कि ऑपरेशन/प्रक्रिया के दौरान, अप्रत्याशित स्थितियों में अलग से शल्य चिकित्सा करने के अलावा या अन्य आपातकालीन प्रक्रियाओं की जरूरत हो सकती है या सामना करना पड़ सकता है। इसलिए आवश्यक/अतिरिक्त शल्य चिकित्सा या अन्य प्रक्रियाओं के लिए ऊपर नामित कर्मचारियों को अधिकृत करता/करती हूँ।

3) I give consent to the administration of anesthesia and to use such anesthetics as may be deemed necessary or desirable, except to the following exceptions: (indicate exception or none) को छोड़कर, मैं निश्चेतना के प्रयोग के लिए सहमति दे रहा/रही हूँ। और निम्न अपवादों आवश्यक या वांछनीय रूप में इस तरह के निश्चेतक का उपयोग करने की सहमति दे रहा/रही हूँ।

4) I state that I am/am not suffering from hypertension/diabetes/bleeding disorders/heart diseases or मेरी जानकारी के अनुसार मैं दिल की बीमारी/खून बहने/उच्च रक्तचाप/मधुमेह से पीड़ित नहीं हूँ।

5) I also state that I am not suffering from any known allergies or drug reactions to the best of my knowledge. मैं किसी भी ज्ञात एलर्जी या दवा प्रतिक्रियाओं से पीड़ित नहीं हूँ।

6) To the best of my knowledge, I further consent to the administration of such drugs, infusions, plasma or blood transfusions or any other treatment or procedures deemed necessary. मैं ऐसी दवाओं, प्लाज्मा या रक्त संचारण या आवश्यक किसी भी अन्य उपचार या प्रक्रियाओं के प्रशासन के लिए सहमत हूँ।

7) The nature and purpose of the operation and/or procedures, the necessity thereof, the possible alternative method, treatment, prognosis, the risks involved and the possibility of complications in the investigative procedure/ investigations and treatment of my condition/diagnosis have been fully explained to me and I understand the same. शल्य चिकित्सा और चिकित्सकीय निदान प्रक्रियाओं की प्रकृति और उद्देश्य, आवश्यकता, संभव वैकल्पिक पद्धति, उपचार, रोग का निदान, शामिल जोखिम और मेरी स्थिति/निदान की जांच प्रक्रिया/जांच और उपचार में जटिलताओं की संभावनाओं से पूरी तरह से मुझे अवगत करवाया गया है और मैं पूरी तरह से समझ गया/गयी हूँ।

8) I have been given an opportunity to ask any question and I have also been given option to ask for any second opinion. मुझे सभी तरह के सवाल पूछने का मौका दिया गया और मुझे किसी भी दूसरे की राय जानने के लिए विकल्प दिया गया है।

1-A - feb - 2019.

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, JODHPUR



26

DISCHARGE CARD

DEPARTMENT OF PULMONARY MEDICINE

Name: [REDACTED] JODHPUR

IPD No. [REDACTED]

Gen. [REDACTED]

DOA: 18/02/2019

DOD: 20/02/2019

Diagnosis: Suspected case of plasma cell dyscrasia (Bone marrow trephine biopsy report awaited)

Consultant: [REDACTED]

Case summary

50 year old married male was admitted from OPD for bone marrow biopsy. Patient had history of Right sided continuous parasternal chest pain for past 2 months. There was no history of back pain, SOB, cough, loss of weight, fever, hemoptysis. There was no history of trauma to the chest. Ultrasound thorax revealed cortical irregularity of the rib. MRI Whole spine screening revealed multiple well- defined T1/T2 hypointense lesions of varying sizes in the bodies of dorso lumbar vertebral at multiple levels and the body of sternum , posterior aspect of left 4th rib. PET CT scan revealed multiple FDG avid lytic lesions in sacral ala, bilateral ileum, right ischial tuberosity, femur, vertebrae and ribs suggestive of multiple myeloma. Serum protein electrophoresis did not reveal any M band. As Multiple myeloma was suspected, patient was admitted for bone marrow biopsy. Bone marrow biopsy was done. Procedure was uneventful. Patient was discharged in a hemodynamically stable state.

GPE:

Conscious, Oriented.

Pulse: 78/ min, RR: 16 / min, BP: 110/70mmHg, SpO₂: 98% on RA, Temp. -98.2°F

No Pallor /Cyanosis/Icterus / Palpable lymph nodes/ pedal edema / Clubbing

O/E: Chest – VBS equal BS

P/A: Soft, non-tender, no spleen and liver palpable.

Investigation

DATE	18/02/19
INR/PT	0.91/11.1
S.BIL T/D/I	0.77/0.13/0.64