

ऑपरेशन या प्रक्रियाओं के लिए सहमति (जो लागू नहीं होता उसे काट दीजिये)

१. मैं निम्नलिखित रोगी या _____ (रोगी का अधिकृत प्रतिनिधि) अपने चिकित्सक को अपने ऊपर निम्न प्रक्रिया करने की अनुमति देता हूँ।

Endoscopy Pyellectomy

निम्नलिखित को मुझे समझाया गया है

अ) मुझे ऑपरेशन या प्रक्रिया का उद्देश, निम्नलिखित जानकारी को एक आम आदमी की भाषा में समझाया गया है :-

ब) जोखिम, लाभ, और संभावित जटिलताओं, योजनाबद्ध ऑपरेशन या प्रक्रिया

क) योजनाबद्ध ऑपरेशन या प्रक्रिया से जुड़े विकल्प

ड) मेरे स्वास्थ्य के संबंधित संभावित समस्याएं

इ) ऑपरेशन या प्रक्रिया की सफलता की संभावना साथ ही साथ वैकल्पिक तरीकों की संभावना या सफलता

३. मैं समझता हूँ कि प्रक्रिया के दौरान, अप्रत्याक्षित परिस्थिति पैदा हो प्रस्थान करना की तुलना में अतिरिक्त या अलग प्रक्रियाओं की आवश्यकता हो सकती है इसलिए अधिक अधिकृत और अनुरोध है कि चिकित्सक, उसके सहायक, या उसके डेसिप्री इस तरह की प्रक्रियाएं जरूरी होने पे कर सकते हैं यह प्राधिकरण उन उपायों तक विस्तारित होगा जो ऑपरेशन के समय में चिकित्सक भी नहीं जानते हैं।

४. मुझे ज्ञात है कि मेडीसिन और सर्जरी की कोशिश एक सटीक विज्ञान नहीं है और मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि मुझे निदान, परीक्षा उत्थान के परिणाम की कोई गारंटी नहीं दी गयी है।

५. चिकित्सा शिक्षा को आगे बढ़ाने के उद्देश्य के लिए, मैं उन पर्यवेक्षकों के प्रवेश की सहमती देता हूँ जहाँ ऑपरेशन या प्रक्रिया की जाती है।

६. मैं _____ इसके द्वारा वैज्ञानिक, शोध, चिकित्सकीय, वाणिज्यिक या शिक्षण उद्देश्यों को बनाए रखने, संरक्षित करने और/या पयोग करने के लिए प्राधिकृत करने, या उनकी सुविधा के निपटारे के लिए प्राधिकृत करता हूँ ऑपरेशन या प्रक्रिया के दौरान और/या किसी भी संबंधित अस्पताल में भर्ती या उपचार के दौरान किसी भी नमूना या ऊतक से लिया गया उपचार किया जा सकता है।

७. मैं जागरूक प्रलोभन या संज्ञाहरण के प्रशासन के लिए सहमति देता हूँ, जब भी मेरी देखभाल के लिए जिम्मेदार चिकित्सक द्वारा आवश्यक समझा जाय। मैं स्वीकार करता हूँ कि इस दस्तावेज पर सभी रिक्त स्थान मेरे हस्ताक्षर से पहले या तो पूर्ण या काट दिए गए हैं।

रोगी के हस्ताक्षर

दिनांक

समय

अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

Dr. Manoj Vyawahare

M.B.B.S., M.D. (Internal Medicine)

DNB (Gastroenterology)

Reg. No 2000/01/0457

Consultant- Medical Gastroenterology

American Oncology Institute at

Nangia Specialty Hospital Nagpur

रोगी के साथ रिश्ता

इंटरप्रेटर के हस्ताक्षर

हवाह, हस्ताक्षर और प्रिंट, शीर्षक

व्याख्याकर्ता के साक्षी हस्ताक्षर और प्रिंट

Dr. Manoj Vyawahare
Ward.

Consent for Anaesthesia

अनेस्थेसिया (बेहोशी / असंवेदनता/सुन्नी के लिए)सहमति

मैं **[REDACTED]** स्वीकार करता हूँ कि मेरे डॉक्टर (सर्जन और एनेस्थेसिस्ट) ने मुझे अपने ऑपरेशन, डायग्नोस्टिक या उपचार प्रक्रिया के बारे में विस्तार से बताया है। मेरे डॉक्टर ने लागत, प्रक्रिया का जोखिम, वैकल्पिक उपचार, अपेक्षित परिणाम के साथ और क्या हो सकता है यह मुझे मेरी भाषा में समझाया है जो मुझे समझ में आती है। यह मेरे लिए निष्कासित कर दिया गया है कि सभी प्रकार के एनेस्थेसिया कुछ जोखिम का चालान करते हैं और मेरी प्रक्रिया या उपचार के परिणाम के बारे में कोई गारंटी या अनुमति नहीं दी जा सकती है। हालांकि एनेस्थेसिया के साथ दुर्लभ, अप्रत्याशित गंभीर जटिलता उत्पन्न हो सकती है और इसमें संक्रमण, रक्तस्राव, दवा की प्रतिक्रिया, रक्त के थक्के, संवेदना की हानि, अंग समारोह का नुकसान, पक्षाघात, स्ट्रोक, मस्तिष्क क्षति, दिल का दौरा या मृत्यु शामिल है। मैं समझता हूँ कि ये जोखिम एनेस्थेसिया के सभी रूपों पर लागू होते हैं और अतिरिक्त या विशिष्ट जोखिम की पहचान नीचे की गई है, क्योंकि वे एक विशिष्ट प्रकार के एनेस्थेसिया पर लागू हो सकते हैं। मैं समझता हूँ कि नीचे दी गई एनेस्थेसिया सेवा का प्रकार मेरी प्रक्रिया के लिए इस्तेमाल किया जाएगा और इस्तेमाल की जाने वाली संवेदनाहारी तकनीक मेरी शारीरिक स्थिति सहित कई कारकों द्वारा निर्धारित की जाती है, जिस प्रकार की प्रक्रिया मेरे डॉक्टर को करना है, उसकी वरीयता, साथ ही साथ मेरी अपनी इच्छा है। यह मुझे समझाया गया है कि कभी-कभी पूरी तरह से और इसलिए सामान्य एनेस्थेसिया सहित एक अन्य तकनीक का उपयोग करना पड़ सकता है।

<input checked="" type="checkbox"/> सामान्य एनेस्थेसिया	अपेक्षित परिणाम	कुल बेहोशी की स्थिति, वायुमार्ग को सुरक्षित करने के लिए नली में संभव नली या वायुमार्ग को सुरक्षित करने के लिए अन्य उपकरण।
	तकनीक	ड्रग को रक्तप्रवाह में इंजेक्ट किया जाता है, फेफड़ों में या अन्य मार्ग से सांस ली जाती है। जैसे: इंटा मस्क्युलर
	जोखिम	मुंह या गले में दर्द, स्वर बैठना, मुंह या दांतों में चोट लगना, संज्ञाहरण के तहत जागरूकता, रक्त वाहिकाओं में चोट, रेस्पिरेशन निमोनिया
<input type="checkbox"/> केंद्रीय न्यूरोलजियल ब्लॉक(बेहोश करने की क्रिया के साथ या बिना बेहोश करने की क्रिया के साथ)	अपेक्षित परिणाम	शरीर के निचले हिस्से में महसूस करने और / एनेस्थेसिया या गती की अस्थायी कमी या हानि।
	तकनीक	ग को सुई / कैथेटर के माध्यम से सीधे स्पाइनल कैनाल में या तुरंत स्पाइनल कैनाल के बाहर रखा जाता है (एपिड्यूरल स्पेस)
	जोखिम	सिरदर्द, पीठ में दर्द, कानों में भनभनाहट, संक्रमण, लगातार कमजोरी, सुन्नता, अवशिष्ट दर्द, ऐंठन, रक्त वाहिकाओं में चोट।
<input type="checkbox"/> क्षेत्रीय या तंत्रिका ब्लॉक(बेहोश करने की क्रिया के साथ या बिना बेहोश करने की क्रिया के साथ)	अपेक्षित परिणाम	एक विशिष्ट अंग या क्षेत्र की भावना / या गती का अस्थायी नुकसान
	तकनीक	ऑपरेशन के क्षेत्र में संवेदना की हानि प्रदान करने वाली नसों के इंजेक्शन देना।
	जोखिम	संक्रमण, सूजन, लगातार सुन्नता, फिट, अवशिष्ट दर्द, रक्त वाहिका की चोट / फेफड़े की चोट / एकाएक गिरना।
<input type="checkbox"/> अंतःशिरा क्षेत्रीय संज्ञाहरण(बेहोश करने की क्रिया के साथ या बिना बेहोश करने की क्रिया के साथ)	अपेक्षित परिणाम	एक अंग की भावना और / या गती का अस्थायी नुकसान
	तकनीक	टोनीकेट का उपयोग करते दवा को हाथ या पैर की नस में इंजेक्ट किया जाता है
	जोखिम	संक्रमण, फिट बैठता है, कमजोरी, लगातार सुन्नता, अवशिष्ट दर्द, रक्त वाहिकाओं की चोट।

<input type="checkbox"/> एनेस्थेसिया की निगरानी करना (बेहोश करने की क्रिया के साथ)	अपेक्षित परिणाम तकनीक जोखिम	कम चिंता और दर्द, आंशिक या संपूर्ण बेहोशी। अर्ध-चेतन अवस्था उत्पन्न करने वाले अन्य मार्गों से दवा को रक्तप्रवाह में इंजेक्ट किया जाता है, फेफड़ों में सांस ली जाती है। बेहोशी की अवस्था, रक्त वाहिका में चोट से सांस रुकना।
<input type="checkbox"/> एनेस्थेसिया की निगरानी करना (बिना बेहोश करने की क्रिया के साथ)	अपेक्षित परिणाम तकनीक जोखिम	महत्वपूर्ण संकेतों का मापन, आगे के हस्तक्षेप के लिए एनेस्थेसिया प्रदाता की उपलब्धता। कुछ भी नहीं बढ़ती जागरूकता, चिंता और / या बेचैनी

रोगी का प्राधिकार

मैं स्वीकार करता हूँ कि मुझे इस प्रक्रिया पर चर्चा करने का अवसर मिला है, ऊपर बताई गई मृत्यु सहित जटिलताओं, मेरे एनेस्थेसिस्ट या उसके / उसके प्रबंधक के साथ, और एनेस्थेसिया के उपयोग पर सहमति व्यक्त की गई।

मरीज: [Redacted] [Redacted] [Redacted]
 गवाह: [Redacted] (Soninlaw) [Redacted] [Redacted]
 चिकित्सक: [Redacted] Tashar Bawarka [Redacted] [Redacted]

रोगी प्रतिनिधि / सरोगेट

रोगी सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि _____
 और मैं _____ (नाम) _____ (रिश्ता) _____
 इसलिए रोगी के लिए सहमति, मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरे पास इस प्रक्रिया पर चर्चा करने और समझने का अवसर है, जैसा कि
 ऊपर कहा गया है, मेरे चिकित्सक या चिकित्सक प्रबंधक के साथ, और इसके बाद उसकी प्रक्रिया के लिए सहमति है।

मरीज प्रतिनिधि: _____ तारीख _____
 गवाह: _____ तारीख _____
 चिकित्सक: _____ तारीख _____

CONSENT FORM

FOR PROCEDURE/SURGERY, TREATMENT, HIGH RISK CONSENT
(The content of this form have been explained to me in my spoken language)

Dr. Manoj Vyawahare
Ward

INSTRUCTION:

1. This consent form should be signed by patient (if an adult 18 years or older)
2. If the patient is minor to be signed by parent/guardian
3. If patient lacks the ability to make an informed decision then to be signed by the spouse or adult children or parents or adult brothers or sisters or other family members or significant other (in this order of priority)
4. The physician or his designee doctors are responsible for obtaining informed consent.

I have been authorize the performance of the following operation(s)/treatment(s) (here after referred to as procedures) upon the following:

Name of the patient

Name of the procedure

(Use no abbreviations/avoid technical terms)

Endoscopy papillerotomy

I have been advised of the benefits and reason of the procedure(s) as indicated by the clinical observations and/or diagnostics performed. I recognize that the practice of medicine is as much an art as a science and therefore acknowledge that no guarantee have been or can be made regarding the likelihood of success or outcomes.

The benefit and risks of this surgery/procedure have been explained to me. I have also been told about alternatives available for this procedure/surgery including the advantages and disadvantages of the alternatives. I was given the opportunity to ask questions regarding the procedure, for which I received convincing answers.

The benefits of the above mentioned procedure as explained to me are:

- 1
- 2
- 3
- 4

The major risks/complications of the above mentioned procedure as explained to me are:

- 1
- 2
- 3
- 4

The alternatives to the above mentioned procedure and their prognosis as explained to me are:

- 1
- 2
- 3
- 4

I authorize Dr. Dr. M.V. and such assistants and associates as may be selected by him/her to perform any part of the above procedure(s) according to his/her stage of training and ability, if in the opinion of the above named physician the experience and capability of the assistant of surgeon justifies such a decision.

As with any procedure, I am aware that complications such as blood loss, infection, heart failure, cardiac arrest, change in blood pressure, anaesthetic allergic reactions, paralysis, etc. including death may arise, necessitating attention. Therefore, in addition to consenting to the performance of the particulars procedure(s), I also consent and authorize the rendering of such other care and treatment as my physician or his designee reasonably believes necessary should one or more of these and or other unforeseeable events occur.

(Contd.)

I am aware that if any complication arise due to the procedure, financial estimation given by the hospital no longer holds good and the bill amount may increase depending upon the complications and interventions done to deal with the complications. I am giving my consent to bear any additional expenses for the management of the complications and will not hold the staff, doctors and/or hospital responsible for the same.

Blood product transfusion. This consent includes the administration of blood or product transfusion during this accordance with national and international regulations, there are rare instances of life threatening infections such as AIDS, Hepatitis and viruses or diseases as yet unknown for which screening tests do not exist. I also understand that unpredictable reactions may occur, which include but are not limited to fever, rash and shortness of breath, shock, brain and other organ damage, hastening recovery and limiting blood loss, however, I understand that there are no guarantee offered as to the expected benefits of the transfusion.

AUTHORIZATION OF PATIENT

I acknowledge that I have had an opportunity to discuss and understand this procedure, as stated above, with my physician/physician designee, and hereby consent.

Patient:

Date:

Witness:

Date:

Doctor:

Date:

Dr. Manoj Vyawahare
M.B.B.S., M.D. (Internal Medicine)
DNB (Gastroenterology)
Reg No 2000/01/0457
Consultant - Medical Gastroenterology
American Oncology Institute at
Nangia Speciality Hospital Nagpur

PATIENT REPRESENTATIVE/SURROGATE

The patient is unable of consent because

and I _____ (Name) _____ (Relation).

therefore consent for the patient. I acknowledge that I have an opportunity to discuss and understand this procedure, as stated above, with my physician or physician designee, and hereby consent to his procedure.

Patient representative:

Date:

Witness:

Date:

Doctor:

Date:

HIGH RISK CONSENT - INDEMNITY STATEMENT

I _____ have been explained about the surgery, I have been explained by the doctors that the cause of me/my patient being high risk are due to following:

1
2
3
4

I have also been explained that the possible complications of surgery/anesthesia are as follows.

1
2
3
4

I also state that I or my family shall not hold Citizens Hospitals or Doctors and staff for any consequences whatsoever

Patient/Representative:

Date:

Witness:

Date:

Doctor:

Date:

Dr. Manoj Vyawahare
M.B.B.S., M.D. (Internal Medicine)
DNB (Gastroenterology)
Reg No 2000/01/0457
Consultant - Medical Gastroenterology
American Oncology Institute at
Nangia Speciality Hospital Nagpur

Dr. Manoj Vyawahare

MD, FRAC, FRCGI, FRCGP, FRCR, FRCR (Gastroenterology)

Consultant Gastroenterologist

Consultant Medical Gastroenterologist



AMERICAN
ONCOLOGY
INSTITUTE

NANGIA
SPECIALITY
HOSPITAL

ERCP/ Endoscopic Papillectomy

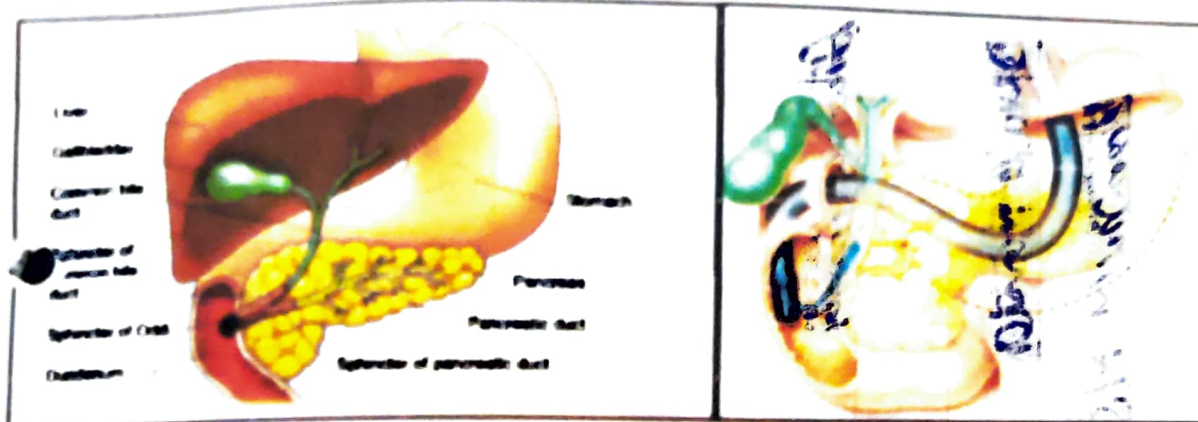
PRECISION CANCER CARE

Date & Time

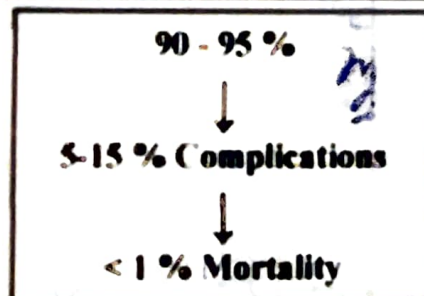
Name of patient

Age [Years]/ Sex

Reg No



1. Bleeding - 2-15 %
2. Perforation - 1 %
3. Cholangitis - 2-3 %
4. Pancreatitis - 5-15 %
5. Papillary & Biliary Stenosis
6. Anaesthesia Related - Cardiac, Respiratory



We have been explained in detail about ERCP, in our own language by Dr Manoj A Vyawahare, Consultant Gastroenterologist at American Oncology Institute at Nangia Speciality Hospital, Nagpur. We have been told about the nature of illness, intent of treatment and treatment options. We have been explained in detail about endoscopic retrograde cholangiopancreatography - procedure details, benefits and complications. We are willing to undergo the procedure in the hospital.

Signature of Patient

Name of patient

Signature of Relative

Name of Relative [Relation]

Dr Manoj A Vyawahare

Cancer Treatment Services Hyderabad Pvt. Ltd.
At NANGIA, #C1/1, MIDC, Hingna,
Nagpur - 440028 Maharashtra India
T: +91 712 3301 111
CIN: U85110AP2006PTC051690
www.americanoncology.com

PROGRESS NOTES

Dr. Manoj Vyawahare
Ward

Date	Time	Progress Notes	Signature	
		High Milk Consent		
		Edi 1812 51428 21128 112 E		
		Vyawahare Sir 1 21128 112 E		
		distilled 12 18 18 18 18 18 18 18		
		Mr. [REDACTED]		
		Left Ampullary SOL of the 1st		
		post PTCA 11th 12th 13th 14th 15th 16th 17th 18th		
		12th 13th Endoscopic papillectomy		
		14th 15th surgical papillectomy 11th 12th 13th 14th 15th 16th 17th 18th		
		19th 20th 21st 22nd 23rd 24th 25th 26th 27th 28th 29th 30th		
		31st 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th 13th 14th 15th 16th 17th 18th 19th 20th 21st 22nd 23rd 24th 25th 26th 27th 28th 29th 30th		
		1) Surgery & 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th 13th 14th 15th 16th 17th 18th 19th 20th 21st 22nd 23rd 24th 25th 26th 27th 28th 29th 30th		
		2) Blood test 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th 13th 14th 15th 16th 17th 18th 19th 20th 21st 22nd 23rd 24th 25th 26th 27th 28th 29th 30th		
Date	Time	Handover Notes	Taken from	Taken by
		Handover 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th 13th 14th 15th 16th 17th 18th 19th 20th 21st 22nd 23rd 24th 25th 26th 27th 28th 29th 30th		
		3) operation & 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th 13th 14th 15th 16th 17th 18th 19th 20th 21st 22nd 23rd 24th 25th 26th 27th 28th 29th 30th		
		1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th 13th 14th 15th 16th 17th 18th 19th 20th 21st 22nd 23rd 24th 25th 26th 27th 28th 29th 30th		

Date	Time	Progress Notes	Signature
[Redacted]		<p> 24th March 2020 5th March 2020 24th March 2020 8th March 2020 </p>	<p> For 11th operation </p>
		Name	Relation
		[Redacted]	Jawai
27		[Redacted]	Bhediye
9		[Redacted]	bada
			[Redacted]