

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.

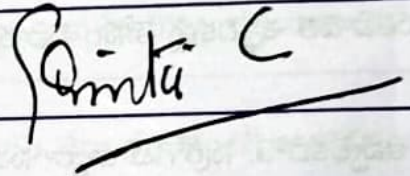
In case the patient is unable to give consent or is a minor, the same shall be given by the surrogate:

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 |
|---------------------------------------|---|--|
| General anaesthesia | Total unconscious state, possible placement of tube into/vicinity of windpipe | Drug injected into the bloodstream, breathed into the lungs, or by other routes. |
| | Risks including but not limited to | Mouth or throat pain, hoarseness, injury to mouth, lips or teeth, awareness under anaesthesia, injury to blood vessels, vomiting, aspiration of stomach contents, pneumonia, bronchospasm, difficult intubation, pulmonary hypertensive crisis, cardiac arrhythmias, cardiopulmonary arrest, hypotension, allergy to drugs |
| Spinal/Epidural Analgesia/Anaesthesia | Expected Result | Temporary loss of sensation over part of the body |
| With Sedation | Technique | Injected through a needle/catheter placed either directly into the fluid of the spinal canal or immediately outside the spinal canal. |
| Without Sedation | Risks (include but not limited to) | Headache, backache, buzzing in the ears, convulsions, infection, persistent weakness, numbness, residual pain, injury to blood vessels |
| Major/Minor Nerve Block | Expected Result | Temporary loss of feeling and/or movement of a specific limb or area |
| With Sedation | Technique | Drug injected near nerves providing loss of sensation to the area of operation. Risks (include but not limited to) infection, convulsions, weakness, persistent numbness, residual pain requiring additional anaesthesia, injury to blood vessels, failed block |
| Without Sedation | Expected Result | Temporary loss of feeling and/or movement of a limb |
| Intravenous Regional Anaesthesia | Expected Result | |

Patient / surrogate decision maker

| | |
|-------------------|---|
| | |
| | Anaesthesiologist |
| Name DR SOMITA | Signature  |
| Date and Time | |

అనస్థీషియా కోసం సమ్మతి పత్రం

| | |
|--------------------------|---------------|
| రోగి పేరు: | వయస్సు: |
| లింగం: పురుషుడు / స్త్రీ | యుహెచ్ఐఐఐ: |
| రోగి చిరునామా: | 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 అధికారం ఇస్తూ కింద సంతకం చేసాను.

అతను/ఆమె ప్రతిపాదిత శస్త్రచికిత్స కోసం సిఫార్సు చేయబడిన అనస్థీషియాను అందించడానికి.

రోగి సమ్మతిని ఇవ్వలేకపోతే, సర్లోగేట్ ద్వారా సమ్మతి ఇవ్వబడుతుంది.

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

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

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

మీ వాళ్ళలో ఏమిటి, మధ్యం లేదా ఏ రకమైన రక్త విరుద్ధమైన బ్రౌన్ అయినా ఉపయోగించడం వల్ల తీవ్రమైన సమస్యలు ఉత్పన్నమవుతాయని మీ ఆర్థం చేసుకున్నాను మరియు వాటిని కూడా అపార్థకం చేయాలి. గతంలో మత్తుమందు ఎక్స్‌జెజర్ నుండి ఉత్పన్నమైన ఏదైనా సమస్యలను కూడా మీ అపార్థకం చేయాలని మీ ఆర్థం 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 ఆర్థం చేసుకున్నాను మరియు అవసరమైన విధంగా అనస్థీషియా కింద శస్త్రచికిత్స చేయడానికి నా సమ్మతిని తెలియజేస్తున్నాను.

రోగి / సక్రేగేట్ నిర్ణయం తీసుకునే వ్యక్తి

పేరు:

సక్రేగేట్ అయితే రోగితో గల సంబంధం:

సంతకం:

సాక్షి

పేరు:

మొబైల్ నంబరు:

సంతకం:

అనస్థీషియాలజిస్ట్

పేరు: