



# RAJIV GANDHI CANCER INSTITUTE AND RESEARCH CENTRE

PFP-C-111

## SURGICAL OPERATION/PROCEDURE

F-363

### Consent Form

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: M ☐ F ☐

CR No: \_\_\_\_\_ Ward/Bed No: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

1. I hereby authorize Dr. \_\_\_\_\_ and those whom he may designate as associates or assistants to perform upon me/ \_\_\_\_\_ the following surgical operation and/or diagnostic/therapeutic procedure \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. It has been explained to me that, during the course of or subsequent to the surgical operation / procedure, unforeseen conditions may be revealed or encountered which may necessitate surgical or other procedures in addition to or different from those contemplated. I therefore, further request and authorize the above named surgeon or his designates to perform such additional surgical or other procedures as he or they consider necessary or desirable.
3. The nature and purpose of the surgical operation and / or procedures, the necessity thereof, the possible alternative methods of treatment, the risks involved and the possibility of complication  
\_\_\_\_\_  
in the treatment of my condition have been fully explained to me and I understand the same.
4. I have also been explained that any operation or procedure involves risks, and hazards which may be serious or even fatal. I hereby declare that in the event of any mishap, accident or complication I will not hold any member of the hospital team personally liable for any penal action.
5. I have been given an opportunity to ask any question and I have also been given option to ask for any second opinion.
6. I have been explained the following can be the complications during and after the operation.  
\_\_\_\_\_
7. I acknowledge that no guarantee and promises have been made to me concerning the result of any operation / procedure / treatment.
8. I further give consent to administration of such drugs, infusions, plasma and blood transfusion, or any other investigation, treatment, procedure as deemed necessary in judgment of the medical staff. I have been informed about use of contrast / special injection for sentinel node sampling and any requirement which comes up to fulfill the required procedure.
9. I consent to photographing / Video recording of operation, which may be viewed for academic purpose only subject to the identity being adequately protected. I further give my consent to the release of professional and / or other information from the Medical Records as deemed necessary in accordance with the rules and policies of the hospital.
10. I also give consent to disposal / preservation or archival by hospital authorities of any tissues or parts thereof which have to be removed during the course of operative procedure / treatment. These may be used for research purposes / genetic studies or any further test deemed necessary in the interest of the mankind.





# RAJIV GANDHI CANCER INSTITUTE AND RESEARCH CENTRE

## SURGICAL OPERATION/PROCEDURE

F-363

### Consent Form

11. I CERTIFY THAT THE STATEMENTS MADE IN THE ABOVE CONSENT FORM HAVE BEEN READ OVER AND EXPLAINED TO ME IN THE LANGUAGE I FULLY UNDERSTAND AND I HAVE FULLY UNDERSTOOD THE IMPLICATIONS OF THE ABOVE CONSENT AND FURTHER SUBMIT THAT STATEMENT THEREIN REFERRED TO HAS FILLED IN AND ANY INAPPLICABLE PARAGRAPHS STRICKEN OFF BEFORE I SIGNED/PUT MY THUMB IMPRESSION.

\_\_\_\_\_  
Name of Patient / Relative

\_\_\_\_\_  
Name of Witness

\_\_\_\_\_  
Signature / Thumb Impression  
(Patient/ Relative)

(In case the Patient is Physically or Mentally  
Incompetent or is Minor, then Consent Signature of  
a responsible Relative will be taken)

\_\_\_\_\_  
Signature / Thumb Impression Witness  
(Preferably Relative)

Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I CONFIRM THAT I HAVE EXPLAINED THE NATURE AND EFFECTS OF THE OPERATION / TREATMENT TO THE PERSON WHO HAS SIGNED THE ABOVE CONSENT FORM.

Name of Surgeon \_\_\_\_\_

Signature of Surgeon \_\_\_\_\_

Designation \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### HIGH RISK CONSENT

It has been explained to me and I have acknowledged, that the risk to the life of the patient, in my case, during and after the surgery is high due to the following problems and their implications to anaesthesia and surgical stress.

- 1.
- 2.
- 3.

Signature of Surgeon \_\_\_\_\_

Signature of Anesthetist \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature/Thumb impression  
of the patient/Relative



# राजीव गांधी कैंसर इन्स्टिट्यूट एण्ड रिसर्च सेंटर

PFP-C-111

सर्जिकल ऑपरेशन/कार्यविधि

F-363

सहमति फार्म

नाम \_\_\_\_\_ उम्र \_\_\_\_\_ लिंग: पुरुष ☐ स्त्री ☐  
सी.आर.नं. \_\_\_\_\_ वार्ड/बैड नं. \_\_\_\_\_ तिथि \_\_\_\_\_

1. मैं, डाक्टर \_\_\_\_\_ एवं उनके द्वारा नियुक्त किए गए सहयोगी को मुझे पर प्रक्रिया/आपरेशन \_\_\_\_\_ जो निम्नलिखित आपरेशन / जाँच है, \_\_\_\_\_ करने के लिए अधिकृत करता हूँ/ करती हूँ।
2. मुझे यह समझाया गया है कि आपरेशन की प्रक्रिया के दौरान, या इसके बाद यदि किसी अन्य समस्या का पता चलने पर, बताए गए प्रक्रिया के अतिरिक्त अन्य इलाज की भी आवश्यकता हो सकती है। अतः मैं नामित सर्जन व उनके सहयोगी को अतिरिक्त सर्जरी हेतु अनुरोध व अधिकृत करता हूँ/ करती हूँ।
3. मुझे इस आपरेशन/प्रक्रिया के उद्देश्य की जानकारी दी गई है, इसके बाद यदि आवश्यक हो तो किसी अन्य इलाज व जोखिम \_\_\_\_\_ के बारे में अच्छी तरह समझाया गया है और इलाज में आने वाली समस्याओं को मैं समझता हूँ।
4. मुझे आपरेशन/प्रक्रिया की गंभीरता व जोखिम के बारे में समझाया गया है, जो कि कभी-कभी जानलेवा हो सकते हैं, अतः मैं यह घोषित करता हूँ/करती हूँ कि, यदि कोई दुर्घटना/मृत्यु या अन्य समस्या होती है तो मैं अस्पताल के किसी सदस्य/ कर्मचारी के विरुद्ध कानूनी कार्यवाई नहीं करूंगा/करूंगी।
5. मुझे किसी प्रकार के प्रश्न पूछने का व दूसरे किसी अन्य डाक्टर से राय लेने का अवसर प्रदान किया गया है।
6. मुझे समझाया गया है कि आपरेशन के दौरान या इसके बाद निम्न समस्याएँ हो सकती हैं। \_\_\_\_\_
7. मैं, यह स्वीकार करता/करती हूँ कि मुझे आपरेशन के परिणाम की कोई आश्वासन या गारंटी नहीं दी गई है।
8. मैं, डाक्टर की टीम के अनुसार, आपरेशन/प्रक्रिया के दौरान दवाईयाँ, प्लाज्मा, रक्त चढ़ाना या अन्य आवश्यक जाँच/उपचार की स्वीकृति देता/देती हूँ। मुझे विशेष सूई व सेनीटल बोर्ड व अन्य आवश्यक जानकारी दी गई है जो प्रक्रिया को पूर्ण करने में सहायक हो सकती है।
9. मैं, आपरेशन की प्रक्रिया की फोटोग्राफी/ विडियोग्राफी करने की जिसमें मेरे पहचान की गोपनीयता रखी जाएगी अनुमति देता/ देती हूँ। इसका उपयोग अध्ययन के उद्देश्य से किया जा सकता है। इस अध्ययन के व्यवसायिक प्रकाशन व अस्पताल के नियम के अनुसार मेडिकल रिकार्ड में रखने की अनुमति देता/देती हूँ।
10. मैं आपरेशन के दौरान अलग किए गए रोग ग्रस्त भाग या टिस्यू को नष्ट या रखने की अनुमति देता हूँ। इस रखे गए हिस्से/ भाग का उपयोग रिसर्च/अनुवांशिक विषय या अन्य जाँच के द्वारा मानव कल्याण के लिए किया जा सकता है।
11. मैं, यह प्रमाणित करता/ करती हूँ कि उपरोक्त बताए गए सभी बातों को मेरी समझ में आने वाली भाषा में समझाया गया है। उपरोक्त बातों को समझने व जो वस्तु आवश्यक नहीं हैं उसे हटाने के बाद ही मैंने इस सहमति पत्र पर हस्ताक्षर किये हैं / अगूठों का निशान लगाया है।

मरीज के नाम / सम्बन्धी

साक्ष्य के नाम

हस्ताक्षर या अगूठों का निशान मरीज / सम्बन्धी  
(यदि रोगी शारीरिक रूप से या मानसिक रूप से अस्वस्थ है, तो स्वीकृति उसके जिम्मेदार सम्बन्धी ले सकते हैं।)

साक्ष्य के हस्ताक्षर या अगूठों का निशान  
(सम्बन्धी को प्राथमिकता)

पता \_\_\_\_\_





# राजीव गांधी कैंसर इन्स्टिट्यूट एण्ड रिसर्च सेंटर

सर्जिकल ऑपरेशन/कार्यविधि

F-363

सहमति फार्म

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि ऑपरेशन/उपचार के परिणाम/असर स्वीकृति प्रदान करने वाले को भली प्रकार से बता दिय गये हैं।

सर्जन का नाम \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर सर्जन \_\_\_\_\_

पद \_\_\_\_\_

दिनांक \_\_\_\_\_

## उच्च जोखिम की स्वीकृति

मुझे यह समझाया गया है कि इस प्रक्रिया में रोगी की जान का जोखिम है, मैं अच्छी तरह समझकर यह स्वीकार करता हूँ, कि मेरे बारे में निम्नलिखित कारणों, जैसे एनेस्थीसिया के प्रभाव व सर्जरी के तनाव के कारण इस आपरेशन में जान का जोखिम है।

- 1.
- 2.
- 3.

सर्जन के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

डाक्टर (एनेस्थीसिया) के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

दिनांक \_\_\_\_\_

साक्षी \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर या अंगूठों का निशान मरीज / सम्बन्धी