

SUNRISE EMERGENCY HOSPITAL



पता : न्यू डॉक्टर्स कॉलोनी, विजय हाता रोड, सिवान, बिहार, 841227

मो. : 7654032582, 9771218449



IPD / EM / ICU / VITAL CHART

Patient: Age: Gender: Reg. No.

Address: DOA:

Consultant: DOD:

S/N	MEDICATION	DATE	DATE	DATE	DATE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

SUNRISE EMERGENCY HOSPITAL



पता : न्यू डॉक्टर्स कॉलोनी, विजय हाता रोड, सिवान, बिहार, 841227

मो. : 7654032582, 9771218449



सर्जरी / प्रक्रिया के लिए सूचित सहमति-पत्र

मैं, _____ (मरीज/अभिभावक का नाम), आयु _____ वर्ष, निवासी _____

_____ (पूरा पता), यह घोषित करता/करती हूँ कि मैं _____

(मरीज का नाम) का _____ (रिश्ता) हूँ।

मुझे डॉक्टर द्वारा मरीज की बीमारी/स्थिति के बारे में बताया गया है, जो कि _____ (बीमारी/डायग्नोसिस) है।

मुझे यह भी समझाया गया है कि मरीज के इलाज हेतु _____ (सर्जरी/ऑपरेशन का नाम) किया जाना

आवश्यक है। डॉक्टर ने मुझे इस सर्जरी की प्रकृति, उद्देश्य, प्रक्रिया तथा संभावित लाभ के बारे में मेरी समझ की भाषा में स्पष्ट रूप से जानकारी दी है,

जिसे मैं समझ चुका/चुकी हूँ।

मैं निम्नलिखित बातों को पूर्ण रूप से समझता/समझती हूँ और सहमति देता/देती हूँ:

- मुझे मरीज की बीमारी, उपचार प्रक्रिया तथा प्रस्तावित सर्जरी के बारे में स्पष्ट रूप से जानकारी दी गई है।
- मुझे बताया गया है कि प्रत्येक सर्जरी में जोखिम होते हैं, जैसे खून बहना, संक्रमण, एनेस्थीसिया से संबंधित जटिलताएँ तथा अन्य अप्रत्याशित समस्याएँ।
- मैं समझता/समझती हूँ कि सर्जरी के दौरान या बाद में मरीज की स्थिति गंभीर हो सकती है तथा जीवन के लिए खतरा उत्पन्न हो सकता है।
- मुझे एनेस्थीसिया के प्रकार एवं उससे जुड़े संभावित जोखिमों के बारे में बताया गया है और मैं इसके लिए सहमत हूँ।
- सर्जरी के दौरान किसी आपातकालीन स्थिति में डॉक्टर को आवश्यक अतिरिक्त प्रक्रिया या उपचार करने की अनुमति देता/देती हूँ।
- आवश्यकता पड़ने पर रक्त चढ़ाने के लिए मैं सहमत हूँ / नहीं हूँ।
- मुझे अन्य उपचार विकल्पों तथा सर्जरी न कराने के संभावित परिणामों के बारे में जानकारी दी गई है।
- मुझे बताया गया है कि सर्जरी के परिणाम की कोई गारंटी नहीं दी जा सकती।
- मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि मरीज की स्थिति के अनुसार ICU में भर्ती या अतिरिक्त उपचार की आवश्यकता हो सकती है।
- मैं अस्पताल में होने वाले सभी खर्चों का भुगतान करने के लिए सहमत हूँ।
- मुझे अपने सभी प्रश्न पूछने का अवसर मिला है और मुझे संतोषजनक उत्तर प्राप्त हुए हैं।
- मैं यह सहमति बिना किसी दबाव, भय या प्रलोभन के अपनी स्वेच्छा से दे रहा/रही हूँ।
- मैंने इस सहमति को पूरी तरह समझ लिया है और इसे स्वीकार करता/करती हूँ।

रोगी / अभिभावक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठा निशान

नाम: _____

रोगी से संबंध: _____

मो. नं.: _____

रोगी / अभिभावक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठा निशान

नाम: _____

रोगी से संबंध: _____

मो. नं.: _____

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने उपरोक्त सभी जानकारी पढ़ ली है / मुझे समझा दी गई है और मैं इसे पूर्ण रूप से समझता/समझती हूँ।
मैं यह सहमति पत्र अपनी स्वेच्छा से हस्ताक्षर कर रहा/रही हूँ।

मुख्य चिकित्सक के नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक: _____

समय: _____

SUNRISE EMERGENCY HOSPITAL



पता : न्यू डॉक्टर्स कॉलोनी, विजय हाता रोड, सिवान, बिहार, 841227

मो. : 7654032582, 9771218449



आपातकालीन जोखिम सहमति पत्र

मरीज का नाम: _____ आयु: _____ लिंग: _____

पिता / पति का नाम: _____ दिनांक व समय: _____

पता: _____

मैं, _____ (मरीज/अभिभावक का नाम), आयु _____ वर्ष, निवासी _____

_____ (पूरा पता), यह घोषित करता/करती हूँ कि मरीज की स्थिति अत्यंत गंभीर / आपातकालीन है।

मुझे डॉक्टर द्वारा बताया गया है कि मरीज की जान बचाने के लिए तुरंत उपचार / सर्जरी / प्रक्रिया करना आवश्यक है और इसमें देरी होने पर मरीज

की स्थिति और गंभीर हो सकती है या जीवन को खतरा हो सकता है।

जोखिम एवं सहमति:

- मरीज की वर्तमान स्थिति गंभीर है और उपचार के दौरान किसी भी समय स्थिति और बिगड़ सकती है।
- आपातकालीन उपचार / सर्जरी में उच्च जोखिम होता है, जिसमें गंभीर जटिलताएँ या मृत्यु (Death) की संभावना भी हो सकती है।
- डॉक्टर द्वारा जीवन बचाने हेतु आवश्यक सभी आपातकालीन निर्णय एवं अतिरिक्त प्रक्रियाएँ करने की अनुमति देता/देती हूँ।
- आवश्यकता होने पर ICU, वेंटिलेटर या अन्य जीवन रक्षक उपकरणों का उपयोग किया जा सकता है।
- आवश्यकता पड़ने पर रक्त चढ़ाने (ब्लड ट्रांसफ्यूजन) के लिए मैं सहमत हूँ / नहीं हूँ।
- मुझे बताया गया है कि ऐसी स्थिति में उपचार के परिणाम की कोई गारंटी नहीं दी जा सकती।
- मैं यह समझता/समझती हूँ कि अस्पताल एवं डॉक्टर द्वारा सभी उचित चिकित्सा प्रयास किए जाएंगे, फिर भी अप्रत्याशित परिणाम संभव हैं।
- ऐसी किसी भी अप्रत्याशित स्थिति, जटिलता या मृत्यु होने पर मैं अस्पताल या डॉक्टर को दोषी नहीं ठहराऊँगा/ठहराऊँगी, यदि उचित चिकित्सा प्रयास किए गए हों।
- मैं अस्पताल में होने वाले सभी खर्चों का भुगतान करने के लिए सहमत हूँ।
- मैं यह सहमति बिना किसी दबाव, भय या प्रलोभन के अपनी स्वेच्छा से दे रहा/रही हूँ।

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे मरीज की स्थिति, उपचार, जोखिम एवं संभावित परिणामों के बारे में स्पष्ट रूप से समझाया गया है और मैं इसे पूरी तरह समझता/समझती हूँ। मैं यह सहमति पत्र अपनी स्वेच्छा से हस्ताक्षर कर रहा/रही हूँ।

रोगी / अभिभावक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठा निशान

नाम: _____

रोगी से संबंध: _____

मो. नं.: _____

रोगी / अभिभावक के हस्ताक्षर अथवा अंगूठा निशान

नाम: _____

रोगी से संबंध: _____

मो. नं.: _____

मुख्य चिकित्सक के नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक: _____

समय: _____

SUNRISE EMERGENCY HOSPITAL



पता : न्यू डॉक्टर्स कॉलोनी, विजय हाता रोड, सिवान, बिहार, 841227

मो. : 7654032582, 9771218449



EMPLOYEES OUT-IN RECORD

S.N.	Employee Name	Time Out	Time In	Reason	Approved By
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					