Code:	12-00236	Date:	04-Nov-2016
Name:	**MR. Dineshchandra Amrutlal Patel**	Age:	56 yrs 9 m
Address:	B-49, Nageshwar Society-2, Nr. Amitnagar Society, VIP Road Vadodara 390018	Phone:	02652481243 9409032224

Surgery Plan

Surgery Plan
Admission Time: 05/Nov/2016 09:30 AM
Operation Eye: Left Eye
Operation Plan: MICS With +23.5 D Acrysof IQ Implant
Visual Prognosis: Good
Refractive Prognosis: Good
Glaucoma Prognosis: Good
Secondary Procedures: Rare possibility
Possible Difficulties: Narrow palpebral fissure. History of prostate treatment.
Expected Expense: Upto Rs. 37,000/-

દર્દીનીસંમતિ: - મેં આ સંમતિપત્રકપૂરેપૂરું વાંચેલ અને સમજેલ છે, અને તેની નકલ પણ મેળવેલ છે. તેમાં દર્શાવેલ વિગતો સાથે હું સહમત છું.

દર્દી ની સહી **ડોક્ટર ની સહી**

દર્દીની સંમતી પત્ર

ઓપરેશન અથવા સારવારની પ્રક્રિયા અને વૈકલ્પિક સારવાર –

આથી હું (દર્દી), ડૉક્ટર પારસ મહેતાને ઓપરેશન / પ્રક્રિયા કરવા માટે અધિકાર આપું છું. તદ્દઉપરાંત એ દરમ્યાન ઉભી થયેલી પરિસ્થિતિ મુજબ જરુરી અન્ય અથવા વૈકલ્પિક ઓપરેશન / પ્રક્રિયા માટે સંમતી આપું છું.

જોખમ – આ અધિકાર એવું સમજીને આપેલ છે કે કોઈપણ ઓપરેશન / સારવારની પ્રક્રિયા જોખમો સાથે સંકળાયેલ છે. સામાન્ય રીતે જોખમોમાં ચેપ, રક્તસ્ત્રાવ, જ્ઞાનતંતુએ ઈજા, લોહીના ગઠ્ઠા જામવા, હૃદય રોગનો હુમલો, એલર્જી, રીએક્શન અથવા ન્યુમોનીયા સામેલ છે. આ જોખમો ગંભીર અને કદાચ જીવલેણ પણ હોઈ શકે.

એનેસ્થેસિયા – બેભાન કરવાની પ્રક્રિયાના જોખમો સંકળાયેલા છે. જે પૈકી સૌથી અગત્યનું, ભાગ્યેજ, દવાઓની આડઅસર (રીએક્શન) થી થતું મૃત્યુ છે. ઓપરેશન દરમ્યાન બેભાન કરવા માટે જરુરી દવાઓના ઉપયોગ માટે બેભાન કરનાર ડૉક્ટરને હું સંમતી આપું છું.

વધારાની પ્રક્રિયા – મારા ઓપરેશન દરમ્યાન જો સારવાર કરનાર ડૉક્ટરને જુદી જ અણધારી પરિસ્થિતિ જણાય તો તે મુજબ જરુરી સારવાર કરવા હું તેમને અધિકાર આપું છું. તે ઉપરાંત દર્દીની બિમારીને ધ્યાનમાં લેતાં દર્દીના હિત ખાતર જરુર પડે તો વધુ સારવાર અર્થે અન્ય કોઈ હોસ્પિટલમાં તબદીલ કરવામાં આવશે તો તે મને માન્ય રહેશે.

હું સમજું છું કે, ઓપરેશન પ્રક્રિયાના પરિણામ અંગે કોઈપણ બાહેંધરી અથવા ખાતરી આપી શકાય નહીં અને તેનાથી દર્દીની પરિસ્થિતિ ન પણ નિવારી (સુધારી) શકાય.

મારા કેસમાં કોઈ જોખમ થશે કે નહીં, તે અંગે કોઈપણ પૂર્વાનુમાન થઈ શકે નહીં. હોસ્પિટલ સારવાર દરમ્યાન દર્દીની બિમારીને લીધે કોઈપણ પ્રકારની તકલીફ ઉભી થાય તો ડૉક્ટર અથવા હોસ્પિટલ સ્ટાફ જવાબદાર રહેશે નહીં. હોસ્પિટલમાં ઉપલબ્ધ સુવિધાઓથી મને માહિતિગાર કરવામાં આવેલ છે.

હોસ્પિટલના ચાર્જની વિગતવાર માહિતી અને સમજણ આપવામાં આવેલ છે. હોસ્પિટલનું જે કંઈ બીલ થાય તે ભરવા હું સહમત છું. હોસ્પિટલના નિયમોનું પાલન કરવા અને કરાવવા હું સહમત છું.