



Ahalia Diabetes Hospital

Treadmill Exercise Test Consent Form

The treadmill exercise test includes walking and/ or jogging on a moving belt for the purpose of testing - The functional performance of your heart, blood vessels, and especially the coronary arteries.

Preparation for the test includes shaving the chest (if warranted), rubbing the chest area with alcohol and an abrasive material. This may cause slight skin irritation.

During your treadmill exercise test, your blood pressure and electrocardiogram will be monitored. There exists the possibility of certain changes occurring during the test which include: abnormal blood Pressure, fainting, disorders of the heartbeat, and in very rare instances, a heart attack (less than 1 in 10,000). Such occurrences may require the administration of various medications, the use of needles, or other treatments and procedures as needed.

I recognize that unforeseen conditions arising during the course of the procedure listed above may necessitate additional procedures or an extension of those procedures set forth.

I have read, understand and agree to all of the above statements. I have had an opportunity to ask questions about the exercise test, and feel that the test, its risks and benefits have been adequately explained to me in my language. I, for myself, give consent for the exercise test to be performed at this healthcare facility

Patient's Name

Signature

Date & Time

Affirmation by physician or his appropriate designee:

I (Name of Doctor)
have examined this patient and explained the benefits, risks and alternatives of the proposed procedure. The patient (or the patient's guardian) has been informed of the same and He/she has provided written informed consent.

Doctor's Name & Seal

Signature

Date & Time

SUBSTITUTE CONSENT GIVER

If the patient cannot consent for him/her self, the signature of parent, health care provider, legal guardian, or Substitute Consent giver who is acting on behalf of the patient, or the patient's next of kin who is assenting to the treatment for the patient, must be obtained.

I _____ Years old.

Do hereby declare that I am the guardian / substitute consent giver for the patient in my capacity as
(Relationship)

I have been asked, in the best interests of the patient, to sign this declaration and consents required by the hospital as the patient is incompetent to do so.

Name of Substitute

Signature

Date & Time

Witness

I _____ Ahalia Hospital
Employee who is not the patient's physician and I have witnessed the patient or his/her Substitute
Consent Giver voluntarily sign this form.

Name of Witness

Job Title

Signature

Date & Time

ടെഡ്വിൽ വ്യായാമ പരിശോധനയ്ക്കുള്ള സമ്മതപത്രം

ടെഡ്വിൽ വ്യായാമ പരിശോധനയിൽ നിങ്ങളുടെ ഹൃദയം , രക്തക്കുഴലുകൾ, പ്രത്യേകിച്ച് കൊറോണറി ധമനികൾ എന്നിവയുടെ പ്രവർത്തനക്ഷമത പരിശോധിക്കുന്നതിനായി ഒരു ചലിക്കുന്ന ബെൽറ്റിൽ നടത്തം അല്ലെങ്കിൽ ജോഗിങ് ഉൾപ്പെടുന്നു.

പരിശോധനയ്ക്കുള്ള തയ്യാറെടുപ്പിൽ നെഞ്ച് ഷേവ് ചെയ്യുക(ആവശ്യമെങ്കിൽ), ആൽക്കഹോൾ ഉപയോഗിച്ച് തടവുക. ഇത് ചർമ്മത്തിൽ നേരിയ പ്രകോപനം ഉണ്ടാക്കിയേക്കാം.

നിങ്ങളുടെ ടെഡ്വിൽ വ്യായാമ പരിശോധനയ്ക്കിടെ, നിങ്ങളുടെ രക്തസമ്മർദ്ദവും എലക്ട്രോകാർഡിയോഗ്രാമും (ECG) നിരീക്ഷിക്കപ്പെടും. പരിശോധനയ്ക്കിടെ ചില മാറ്റങ്ങളുണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്. അസാധാരണമായ രക്തസമ്മർദ്ദം, ബോധക്ഷയം, ഹൃദയമിടിപ്പ് തകരാറുകൾ, വളരെ അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ ഹൃദയാഘാതം (10,000 ൽ 1 ൽ താഴെ). അത്തരം സന്ദർഭങ്ങൾക്ക് വിവിധ മരുന്നുകളുടെ വിതരണം, സൂചികളുടെ ഉപയോഗം അല്ലെങ്കിൽ മറ്റു ചികിത്സകളും നടപടികളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന നടപടികളെടുക്കുന്നതിനിടയിൽ ഉടലെടുക്കുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾക്ക് അധിക നടപടികളെടുത്ത് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ ആ നടപടികളുടെ വിപുലീകരണം ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്ന് ഞാൻ തിരിച്ചറിയുന്നു.

മുകളിലുള്ള എല്ലാ പ്രസ്താവനകളും ഞാൻ വായിക്കുകയും മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. വ്യായാമ പരിശോധനയെക്കുറിച്ചു ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ എനിക്ക് അവസരമുണ്ട്, കൂടാതെ പരിശോധനയും അതിന്റെ അപകടസാധ്യതകളും നേട്ടങ്ങളും എന്റെ ഭാഷയിൽ വേണ്ടപോലെ വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ഈ ഹെൽത്ത് കെയർ ഫെസിലിറ്റിയിൽ നടത്താനുള്ള വ്യായാമ പരിശോധനയ്ക്കു ഞാൻ സ്വയേയാ സമ്മതം നൽകുന്നു.

രോഗിയുടെ പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: _____ സമയം: _____

Affirmation by physician or his appropriate designee:

ഞാൻ _____ ഈ രോഗിയെ പരിശോധിക്കുകയും നിർദ്ദേശിച്ച നടപടികളെടുക്കുന്നതിന്റെ പ്രയോജനങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും ഇതരമാർഗങ്ങളും വിശദീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. രോഗിയെ (അല്ലെങ്കിൽ രോഗിയുടെ രക്ഷിതാവ്) ഇക്കാര്യം അറിയിക്കുകയും അവൻ / അവൾ രേഖാമൂലമുള്ള സമ്മതം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: _____ സമയം: _____

SUBSTITUTE CONSENT GIVER

രോഗിക്ക് അവൻ / അവൾക്ക് വേണ്ടി സമ്മതം നൽകാൻ കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ, രോഗിയുടെ ഒപ്പ്, ആരോഗ്യ പരിപാലന ദാതാവ്, നിയമപരമായ രക്ഷിതാവ്, അല്ലെങ്കിൽ രോഗിക്ക് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്ന പകരക്കാരൻ അല്ലെങ്കിൽ രോഗിയുടെ അടുത്ത ബന്ധു ചികിത്സയ്ക്ക് സമ്മതം നൽകുന്നു.

ഞാൻ _____ വയസ്സ്

രോഗിയുടെ രക്ഷിതാവ്/ പകരക്കാരനായി സമ്മതദാതാവ് ഞാനാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഉറപ്പ് നൽകുന്നു. _____

_____ (ബന്ധം).

രോഗിയുടെ താല്പര്യം കണക്കിലെടുത്തു, ഈ പ്രഖ്യാപനത്തിലും ആശുപത്രി ആവശ്യപ്പെടുന്ന സമ്മതപത്രത്തിലും ഒപ്പിടാൻ രോഗിക്ക് കഴിയാത്തതിനാൽ ഏതോട് ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

സമ്മതദാതാവിന്റെ പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: _____ സമയം: _____

സാക്ഷി

അഹല്യ ഹോസ്പിറ്റലിലെ ജീവനക്കാരൻ/ ജീവനക്കാരി ആയ ഞാൻ _____

രോഗിയുടെ അവൻ / അവൾ ഒപ്പ് പകരം സമ്മതം നൽകുന്നയാൾ ഈ ഫോമിൽ സ്വമേധയാ ഒപ്പിടുന്നതിനു സാക്ഷിയായിട്ടുണ്ട്.

സാക്ഷിയുടെ പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____

പദവി: _____ തീയതി: _____ സമയം: _____