Ahalia Diabetes Hospital

INFORMED CONSENT FOR USE OF RESTRAINTS

Patient Name:.. MR No:...

Age: .... Sex: ....

PHYSICAL RESTRAINTS

Any manual method or physical or mechanical device, material, or equipment attached or adjacent to the patient's body that the individual cannot remove easily which restricts freedom of movement or normal access to one's body.

CHEMICAL RESTRAINTS

A chemical restraint is a form of medical restraint in which a medication is used to restrict the freedom or movement of a patient or in some cases to sedate a patient.

I have read this consent and confirm that I have fully understood that my patient requires to be restrained and have had an opportunity to have my questions answered in words I can understand.

I have been informed by the patient's doctor that the restraints will be removed or discontinued as soon as the patient's condition no longer requires their use. I hereby CONSENT, on behalf of the patient, to the temporary use of the physical restraints as recommended by the patient's attending physician.

Patient's Signature:...

<u>If patient cannot sign or minor</u>

Name of Relative/ Guardian:...Signature: ....

If guardian/ relative State relationship: ....

Name of Doctor: ....Signature: ....

Name of Witness: ....Signature: ....

Date: ....Time: ....

Scanned with OKEN Scanner

Ahalia Diabetes Hospital

നിയന്ത്രണത്തിനായുള്ള സമ്മതപത്രം

Patient Name:.. MR No:..

Age: .... Sex: ....

കായികമായ നിയന്ത്രണങ്ങൾ

രോഗിയുടെ സ്വയമേവയുള്ള ചലനങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും വസ്തുക്കളോ ഉപകരണങ്ങളോ മുഖാന്തരം കായികമായി നിയന്ത്രിക്കുന്ന രീതി.

മരുന്നുകൾ മുഖേനയുള്ള നിയന്ത്രണം

മരുന്നുകൾ മുഖാന്തരം രോഗിയുടെ സ്വയമേവയുള്ള ചലനങ്ങൾ നിയന്ത്രിക്കുന്ന രീതി.

ചികിത്സയുടെ ഭാഗമായി രോഗിയെ താൽക്കാലികമായി നിയന്ത്രണാധീനമാക്കുന്നതിന്റെ ആവശ്യകതയെപ്പറ്റി രോഗിയെ പരിചരിക്കുന്ന ഡോക്ടർ എനിക്ക് പറഞ്ഞു മനസിലാക്കി തന്നിട്ടുണ്ട്.

ആവശ്യം കഴിഞ്ഞാലുടൻതന്നെ രോഗിയെ നിയന്ത്രണത്തിൽ നിന്ന് നീക്കം ചെയ്യുന്നതാണെന്നും രോഗിയെ പരിചരിക്കുന്ന ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ സമ്മതപത്രം ഞാൻ പൂർണമായും വായിച്ചു മനസിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും എല്ലാ കാര്യങ്ങളും എനിക്ക് പൂർണമായും ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതുമാണ്. ആയതിനാൽ താൽക്കാലികമായി രോഗിയെ കായികമോ / മരുന്നുകൾ മുഖേനയോ നിയന്ത്രണാധീനനാക്കുന്നതിനായി രോഗിയുടെ പ്രതിനിധിയെന്ന നിലയിൽ ഞാൻ പൂർണ്ണസമ്മതം നൽകുന്നു.

രോഗിയുടെ ഒപ്പ്: ____________________

<u>രോഗി പ്രായപൂർത്തി ആയിട്ടില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഒപ്പിടാൻ കഴിയാത്ത അവസ്ഥയിലാണെങ്കിൽ</u>

രോഗിയുടെ രക്ഷിതാവിന്റെ / ബന്ധുവിന്റെ പേര്: ____________________ ഒപ്പ് ____________

രക്ഷിതാവ് / ബന്ധുവാണെങ്കിൽ രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം: ____________________

ഡോക്ടറുടെ പേര്: ____________________ ഒപ്പ് ____________

സാക്ഷിയുടെ പേര്: ____________________ ഒപ്പ് ____________

തീയതി: ____________________ സമയം: ____________

Scanned with OKEN Scanner