

പെർമനന്റ് പേസ്‌മേക്കർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ/എക്സ്‌ചേഞ്ച്  
എന്നിവയ്ക്കുള്ള സമ്മതപത്രം

ഞാൻ ഡോ. ....നെയും മറ്റ് ഉദ്യോഗസ്ഥരെയും  
എന്റെ നിലവിലെ മെഡിക്കൽ അവസ്ഥയുടെ ചികിത്സയ്ക്കായി ഇനിപ്പറയുന്ന ശസ്ത്രക്രിയ, ചെയ്യേണ്ടത്  
അത്യാവശ്യമാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയതുകൊണ്ട് സ്വമേധയാ ഇതിനുവേണ്ടിയുള്ള സമ്മതം നൽകുകയും  
അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു:

- സ്ഥിരമായ പേസ്‌മേക്കർ സ്ഥാപിക്കുക/ മാറ്റം ചെയ്യുക
- ബൈവെൻട്രിക്കുലാർ പെർമനന്റ് പേസ്‌മേക്കർ സ്ഥാപിക്കുക/ മാറ്റം ചെയ്യുക
- ഇംപ്ലാന്റബിൾ കാർഡിയാക് ഡിഫിബ്രിലേറ്റർ സ്ഥാപിക്കുക/ മാറ്റം ചെയ്യുക
- ബൈവെൻട്രിക്കുലാർ ഇംപ്ലാന്റബിൾ കാർഡിയാക് ഡിഫിബ്രിലേറ്റർ സ്ഥാപിക്കുക/ മാറ്റം ചെയ്യുക

മുകളിൽ പറഞ്ഞ ചികിത്സാപദ്ധതി ഡോക്ടർ എനിക്ക് വിശദമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. അസെപ്റ്റിക്  
തയ്യാറാക്കലിനുശേഷം ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടക്കുന്നതെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.  
ഇത്തരം ചികിത്സയിൽ അപൂർവ്വമെങ്കിലും, ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന, താഴെ കാണിച്ച അപകട സാധ്യതകളെ കുറിച്ച്  
ഞാൻ ബോധവാൻ ആണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. മെഡിക്കൽ ഡിവൈസിനു ചുറ്റും ഉണ്ടാകുന്ന  
ഇൻഫെക്ഷൻ, രക്തസ്രാവം / ഹെമറ്റോമ / അലർജി / ഹൃദയത്തിന്റെ താളപ്പിഴകൾ / ലിഡുകൾ ഉൾപ്പെടെ ചലനം  
(വീണ്ടും നടപടിക്രമം ആവശ്യമായേക്കാം) / മെഡിക്കൽ ഉപകരണത്തിന്റെ പരാജയം / ശ്വാസകോശത്തിന്  
ചുറ്റുമുള്ള വായു കെട്ടൽ (ന്യൂമോത്തോറാക്സ്) / ഹൃദയത്തിൽ സുഷിരം സംഭവിക്കൽ / സിരകളിൽ രക്തം  
കട്ട പിടിക്കൽ / സ്‌ട്രോക്ക് / ഹൃദയസ്തംഭനം, മരണം, പെട്ടെന്നുള്ള ഹൃദയസ്തംഭനം തടയാൻ ഈ ചികിത്സ  
അനിവാര്യമാണെന്നും ഈ ചികിത്സയ്ക്ക് ബദലുകളില്ലെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

മേൽപ്പറഞ്ഞ വസ്തുതകൾ വ്യക്തമായി മനസ്സിലാക്കിയതിനാൽ ഞാൻ ചികിത്സാപദ്ധതിക്ക് ഇതിനാൽ  
സമ്മതം നൽകുന്നു.

രോഗിയുടെ പേര്: ..... എം. ആർ. നമ്പർ. .... ഒപ്പ്: .....

രോഗിയുടെ രക്ഷിതാവിന്റെ/ബന്ധുവിന്റെ പേര്: ..... ഒപ്പ്: .....

രക്ഷിതാവ്/ ബന്ധുവാണെങ്കിൽ രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം: ..... ഒപ്പ്: .....

ഡോക്ടറുടെ പേര്: ..... ഒപ്പ്: .....

സാക്ഷിയുടെ പേര്: ..... ഒപ്പ്: .....

തീയതി: ..... സമയം: .....

**CONSENT FOR PERMANENT PACEMAKER  
IMPLANTATION/EXCHANGE**

I authorize Dr and other personnel as he/she may deem necessary to perform the following surgical, medical and/or diagnostic procedures on me for the treatment of my current medical condition, and I voluntarily consent to and authorize these procedures:

- Permanent Pacemaker Implant/Exchange
- Biventricular Permanent Pacemaker Implant/Exchange
- Implantable Cardiac Defibrillator Implant/Exchange
- Biventricular Implantable Cardiac Defibrillator Implant/Exchange

The procedure has been explained to me by doctor in detail. I understand that the procedure is done under local anesthesia after aseptic preparation. I also understand the procedure carries the following complications, albeit rare, and I have been briefed about them and the strategies for treatment of such complications:

Device or pocket infection / bleeding / hematoma / allergic reactions / major arrhythmias / movement of leads(require repeat procedure) / medical device failure/ collection of air around the lung (pneumothorax) / perforation of heart / clotting of veins/stroke/cardiac arrest or even death.

I also understand that the procedure is essential for me to prevent sudden cardiac death and also that there is no alternative for this procedure.

Understanding the above facts clearly I hereby give consent to the procedure.

Name of patient: ..... MR.No: ..... Signature: .....

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

If guardian/relative

State relationship: ..... Signature: .....

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

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

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