OBSELATE

Ahalia Diabetes Hospital

കൊറോണറി ആൻജിയോഗ്രഫി സമ്മതപത്രം

എനിക്ക്/എന്റെ .... കൊറോണറി ആൻജിയോഗ്രഫി

നടത്തുന്നതിന് ഡോ. .... ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുന്നു.

ആൻജിയോഗ്രഫി എനിക്ക് ആവശ്യമാണെന്നും അതിന്റെ വിശദശാംശങ്ങളും ഡോക്ടർ വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ആൻജിയോഗ്രഫി നടത്തിയില്ലെങ്കിൽ ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന പ്രശ്നങ്ങളെക്കുറിച്ച് ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുകയും ഇതര മാർഗങ്ങളും അവയുടെ അപകട സാധ്യതകളും ഫലപ്രാപ്തിയും ചർച്ച ചെയ്യുകയും ചെയ്തു. സാധാരണയായി ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ആൻജിയോഗ്രഫി നടത്താറുള്ളതെന്നും എന്നാൽ ചിലപ്പോൾ ജനറൽ അനസ്തേഷ്യ ആവശ്യമായി വരുമെന്നും എന്നെ അറിയിച്ചിരുന്നു. ചെറിയൊരു ശതമാനം രോഗികളിൽ ഹൃദയമിടിപ്പിന്റെ താളംതെറ്റൽ, രക്തസ്രാവം, പക്ഷാഘാതം, ഹൃദയാഘാതം, ശ്വാസംമുട്ടൽ, വൃക്ക തകരാർ, അണുബാധ, അലർജി, ധമനികളിൽ തകരാറുകൾ, എന്നീ പല ഭവിഷ്യത്തുകൾ ഉണ്ടായേക്കാമെന്നും വെന്റിലേഷൻ, ഡയാലിസിസ്, പെരികാർഡിയൽ ആസ്പിരേഷൻ,സർജറി പോലുള്ള ചികിത്സകൾ ആവശ്യമായേക്കാമെന്നും അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്.

മേൽപ്പറഞ്ഞ വസ്തുതകൾ ഡോക്ടർ ലളിതമായി എനിക്ക് മനസിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദീകരിക്കുകയും എന്റെ എല്ലാ സംശയങ്ങളും പരിഹരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. കൊറോണറി ആൻജിയോഗ്രഫിയെ കുറിച്ചുള്ള എല്ലാ വസ്തുതകളും മനസിലാക്കിയ ശേഷം ഞാൻ ഇതിനു പൂർണമായും സമ്മതം നൽകുന്നു.

	പേര്	ഒപ്പ്	തീയതി	സമയം
രോഗി				
ബന്ധു				
ഡോക്ടർ				
സാക്ഷി				

Ahalia Diabetes Hospital

CONSENT FOR CORONARY ANGIOGRAPHY

I hereby give consent to Dr. .... for performing coronary Angiography for me/my ....

The Doctor has explained the details of the procedure and that the procedure is needed for me for diagnosis of coronary artery blockage. The Doctor briefed me about the possible problems if the procedure was not done and discussed the alternatives and their risk and efficacy. I was also informed that usually the procedure was done under local anesthesia. I was also informed that in a small percentage of patients complications like major arrhythmia, serious bleeding like gastrointestinal or intra cranial bleeding, stroke, death, heart attack, pulmonary edema, acute kidney injury, infection, allergic reactions, and local complications like hematoma, radial artery occlusion, AV fistula, pseudo aneurysm or other unexpected complications might occur and would necessitate further treatments like ventilation, dialysis, or even surgery.

The Doctor has explained the above facts in simple words and in the language that I understand and cleared all my doubts on the procedure.

I fully agree for the procedure after understanding all the facts regarding the procedure.

	Name	Signature	Date	Time
Patient				
Relative				
Doctor				
Witness				