

8.1.2

Documents pertaining to quality of care
and patient safety practices followed by
the teaching hospital

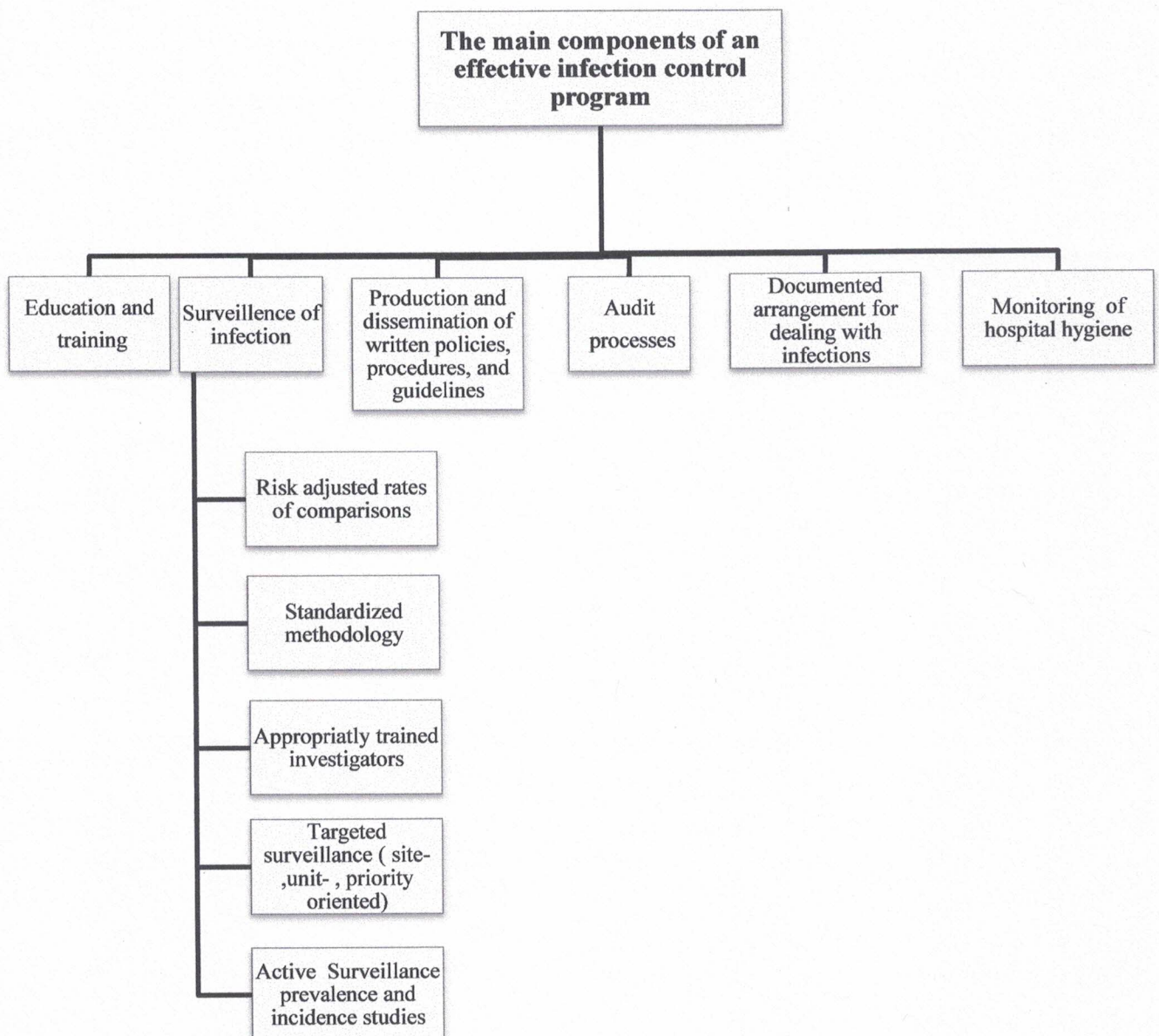


**JAWAHAR MEDICAL FOUNDATION'S
A.C.P.M. MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL**

📍 Sakri Road, Dhule - 424001 (Maharashtra)
☎ Ph.No.: 02562 - 276317,18,19 Mob. 8686585839

✉ Email : deanacpm@gmail.com
✉ acpmmcdhule@gmail.com
🌐 website : www.jmfacpm.com

INFECTION CONTROL

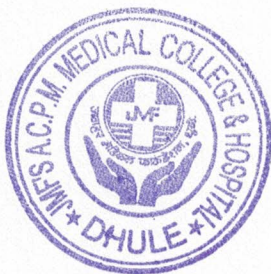
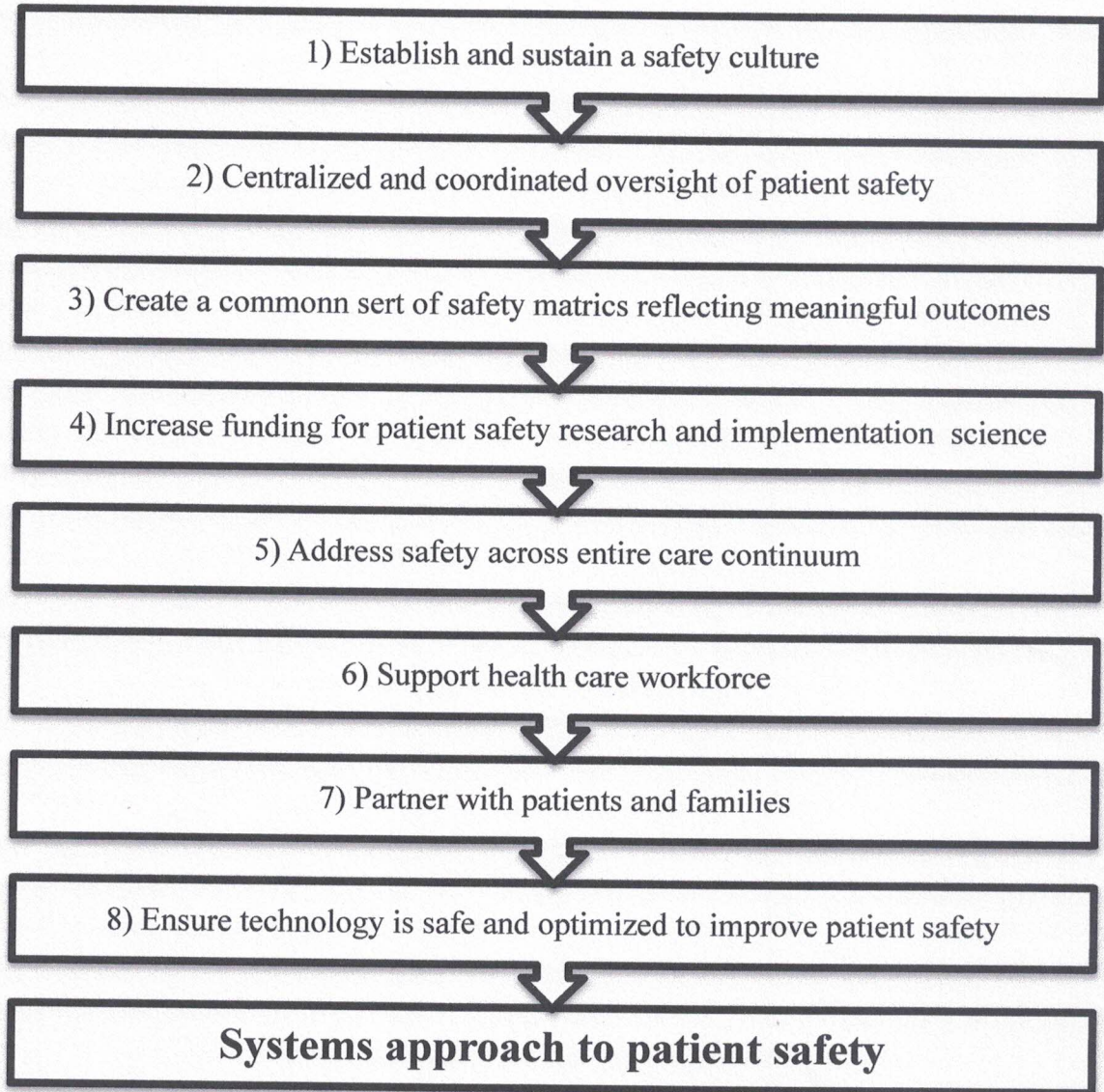




JAWAHAR MEDICAL FOUNDATION'S
A.C.P.M. MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL

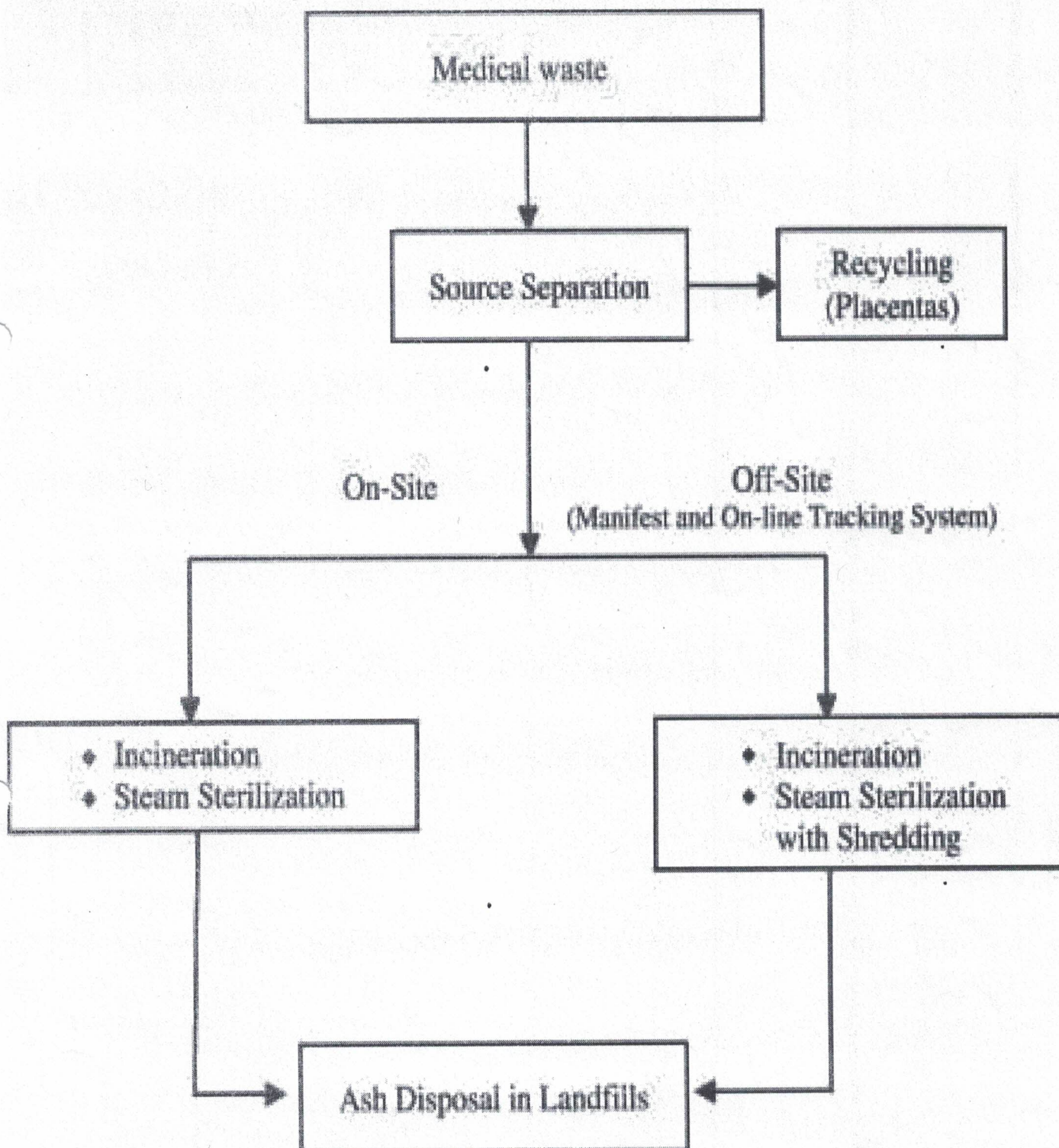
📍 Sakri Road, Dhule - 424001 (Maharashtra)
☎ Ph.No.: 02562 - 276317,18,19 Mob. 8686585839

✉ Email : deanacpm@gmail.com
✉ acpmmcdhule@gmail.com
🌐 website : www.jmfacpm.com





BIOMEDICAL WASTE



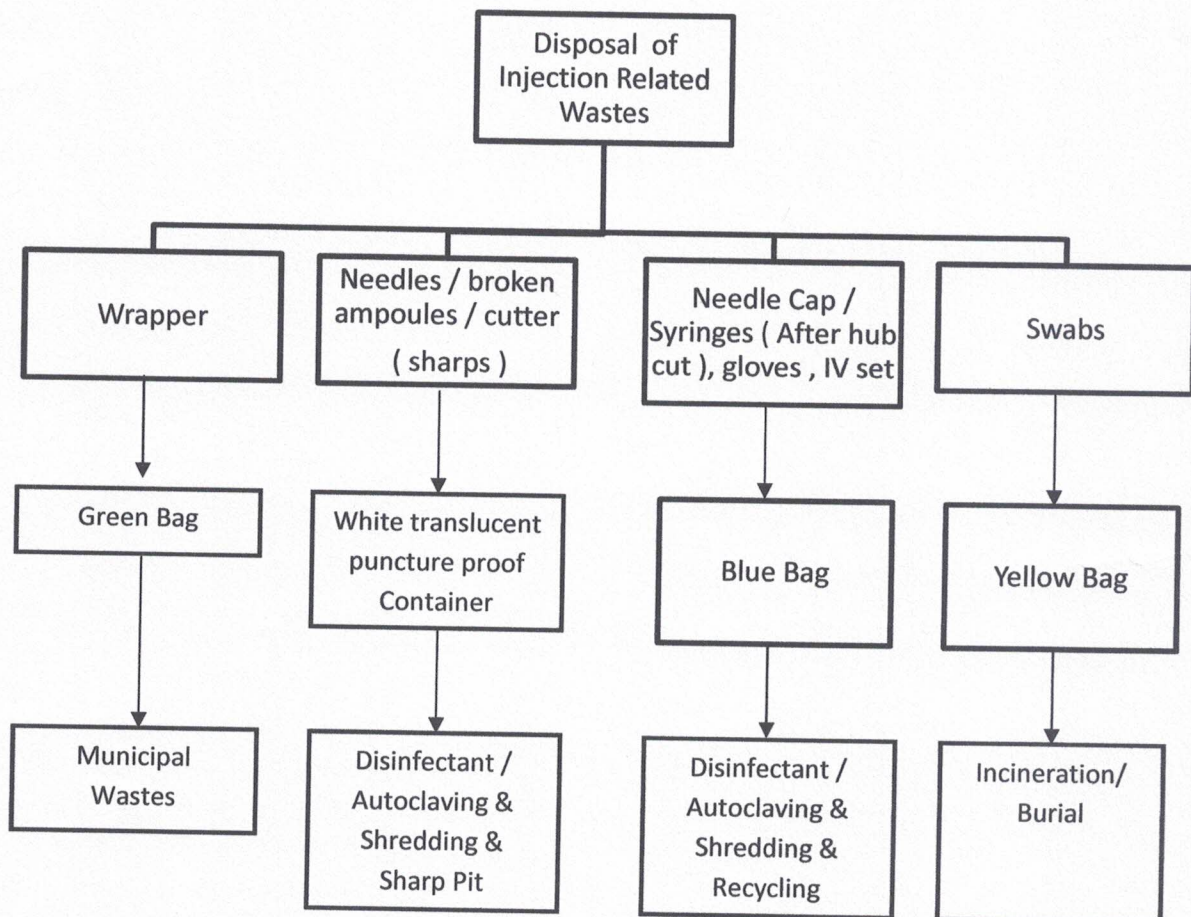


**JAWAHAR MEDICAL FOUNDATION'S
A.C.P.M. MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL**

📍 Sakri Road, Dhule - 424001 (Maharashtra)
☎ Ph.No.: 02562 - 276317,18,19 Mob. 8686585839

✉ Email : deanacpm@gmail.com
✉ acpmmcdhule@gmail.com
🌐 website : www.jmfacpm.com

Flow chart - Disposal of waste at the Health facility



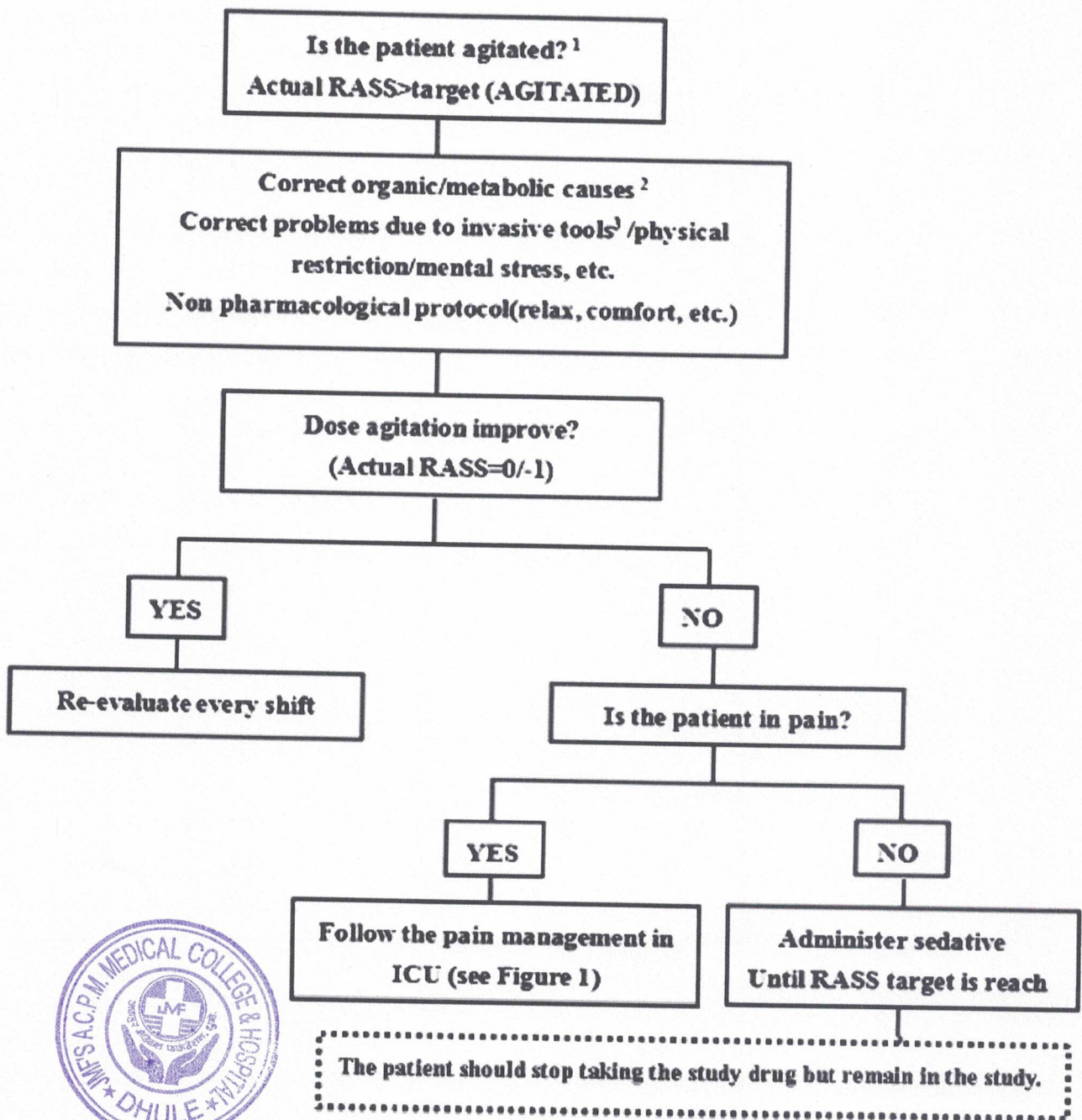


**JAWAHAR MEDICAL FOUNDATION'S
A.C.P.M. MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL**

📍 Sakri Road, Dhule - 424001 (Maharashtra)
☎ Ph.No.: 02562 - 276317,18,19 Mob. 8686585839

✉ Email : deanacpm@gmail.com
✉ acpmmcdhule@gmail.com
🌐 website : www.jmfacpm.com

AGITATION MANAGEMENT IN ICU





**JAWAHAR MEDICAL FOUNDATION'S
A.C.P.M. MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL**

📍 Sakri Road, Dhule - 424001 (Maharashtra)

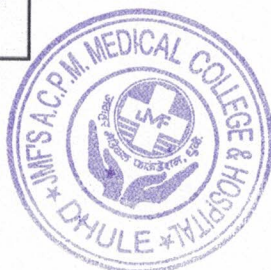
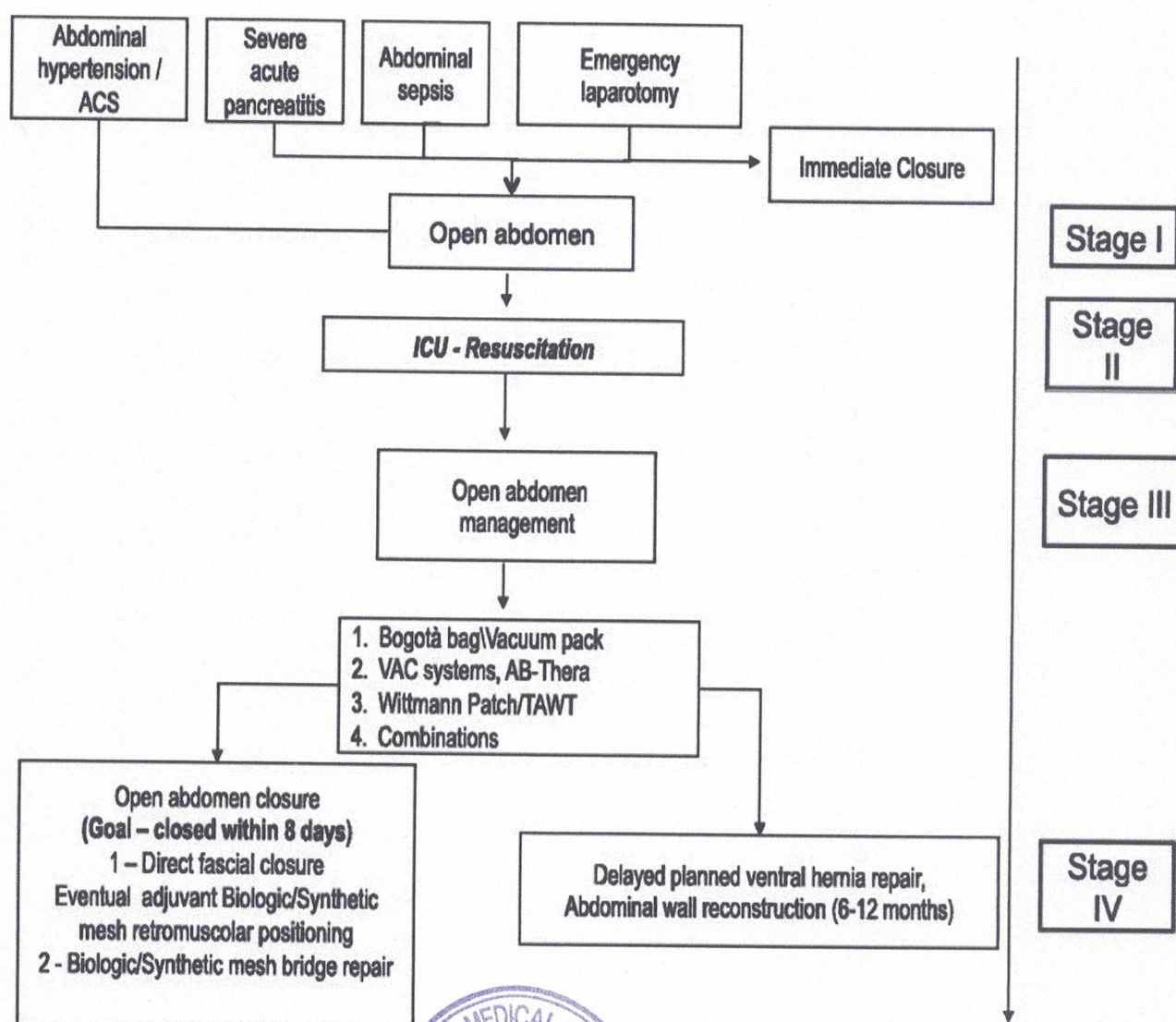
☎ Ph.No.: 02562 - 276317,18,19 Mob. 8686585839

✉ Email : deanacpm@gmail.com

✉ acpmmcdhule@gmail.com

🌐 website : www.jmfacpm.com

Surgical management of acute abdomen



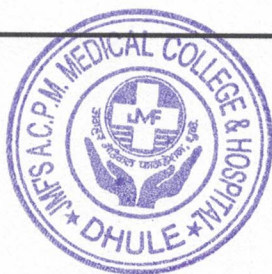
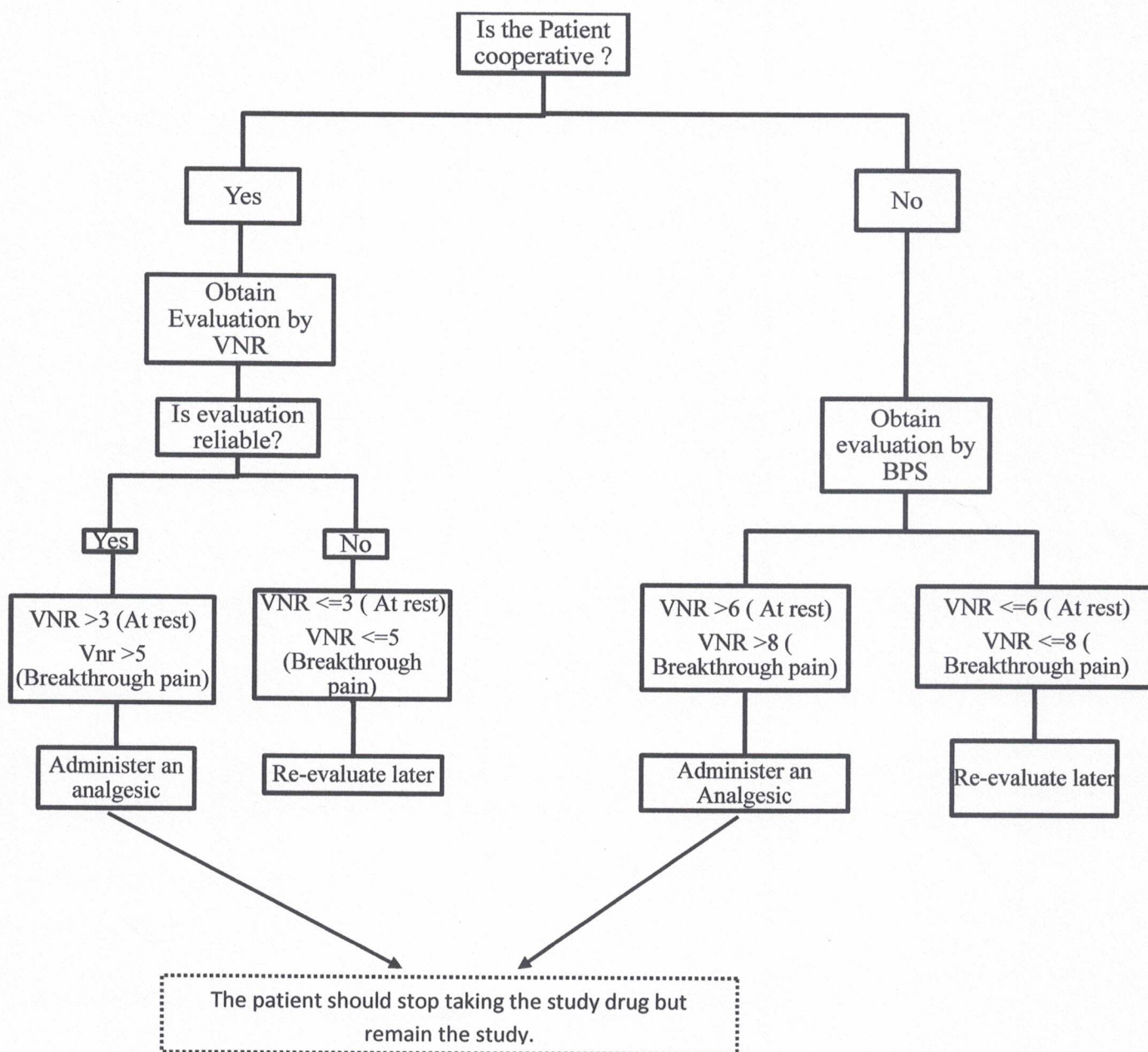


JAWAHAR MEDICAL FOUNDATION'S
A.C.P.M. MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL

● Sakri Road, Dhule - 424001 (Maharashtra)
● Ph.No.: 02562 - 276317,18,19 Mob. 8686585839

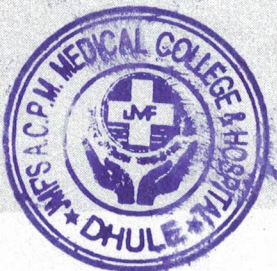
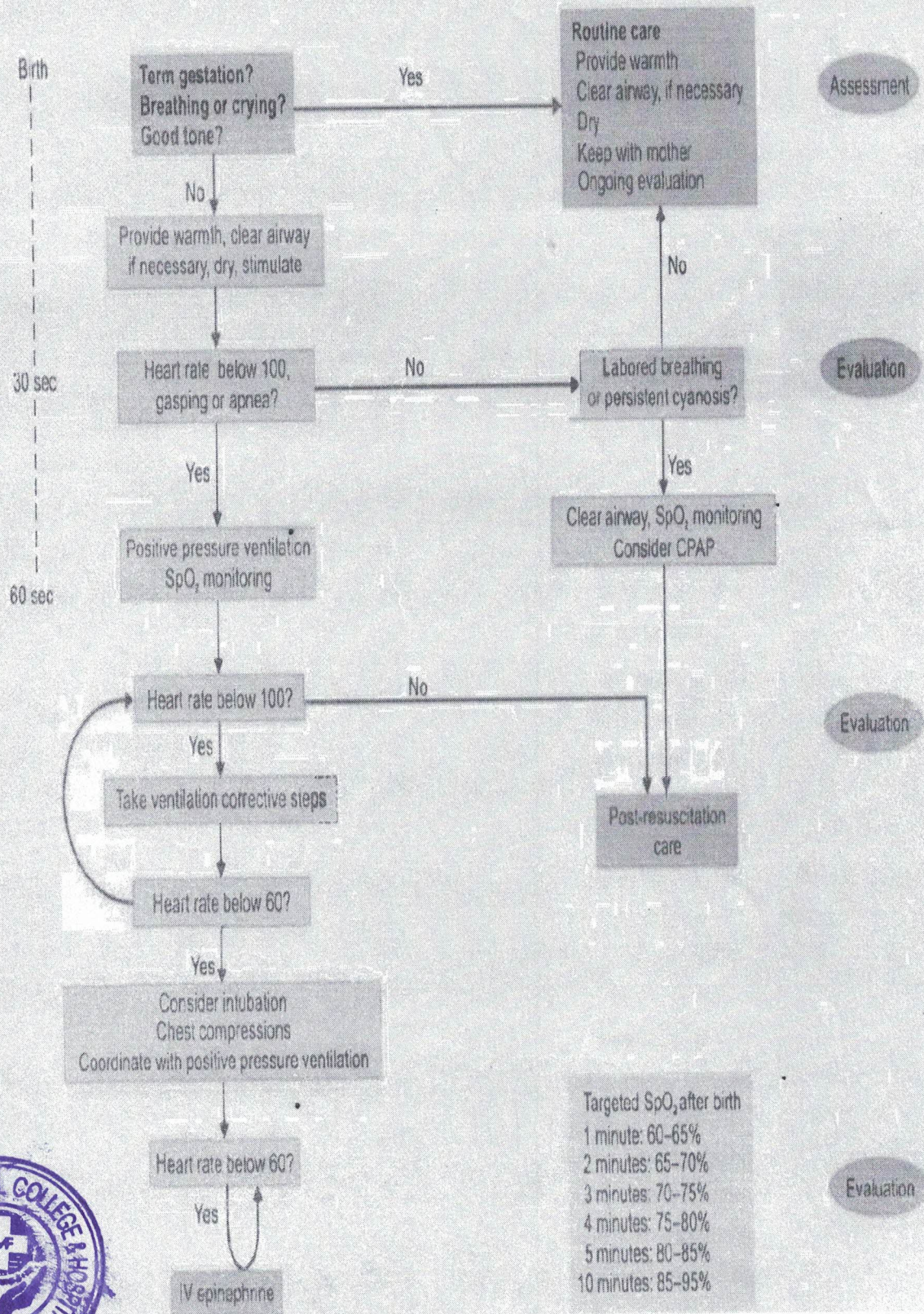
● Email : deanacpm@gmail.com
● acpmmcdhule@gmail.com
● website : www.jmfacpm.com

Pain management in ICU



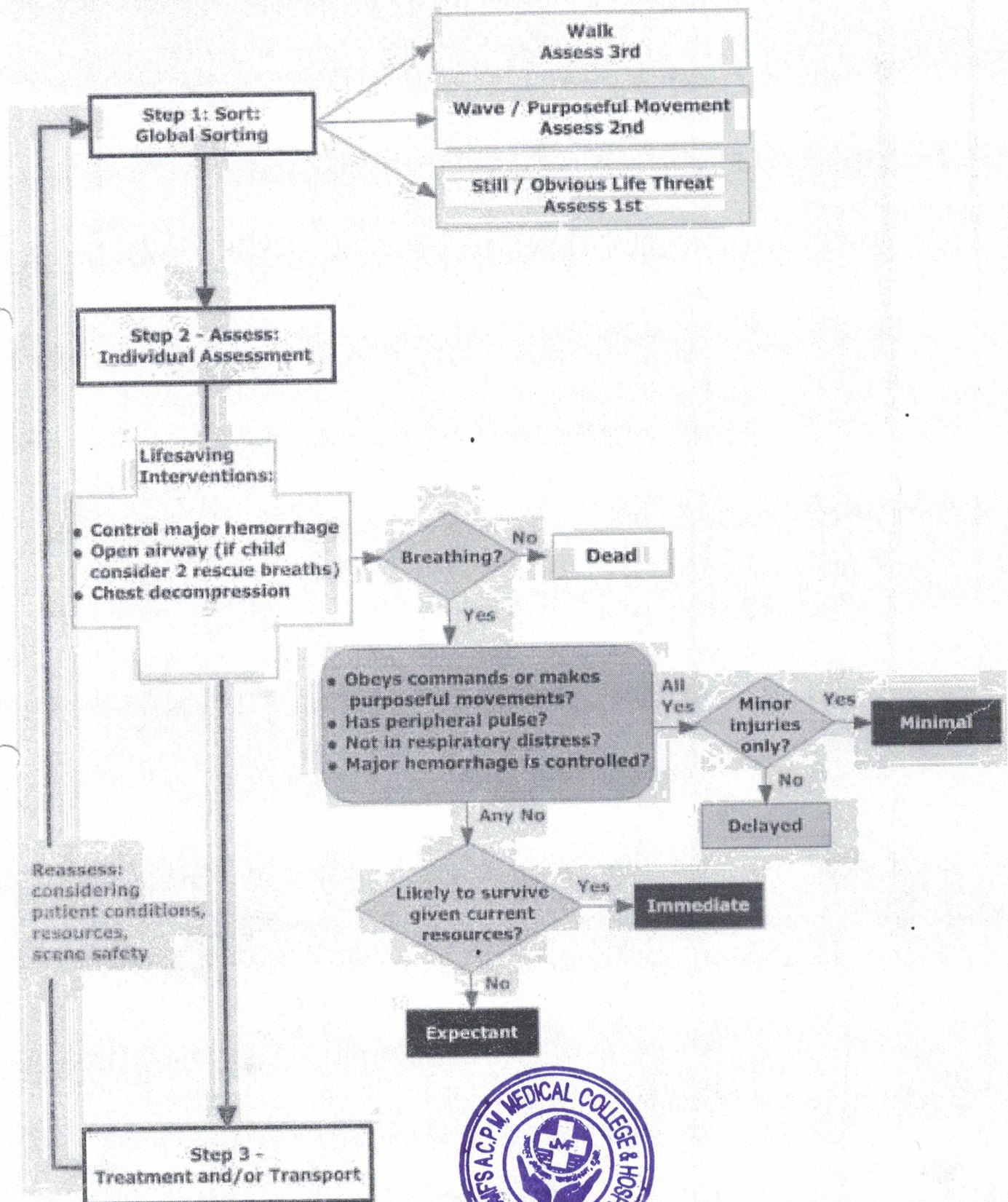


MANAGEMENT IN NICU





MANAGEMENT IN CAUALTY



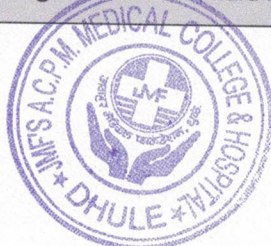
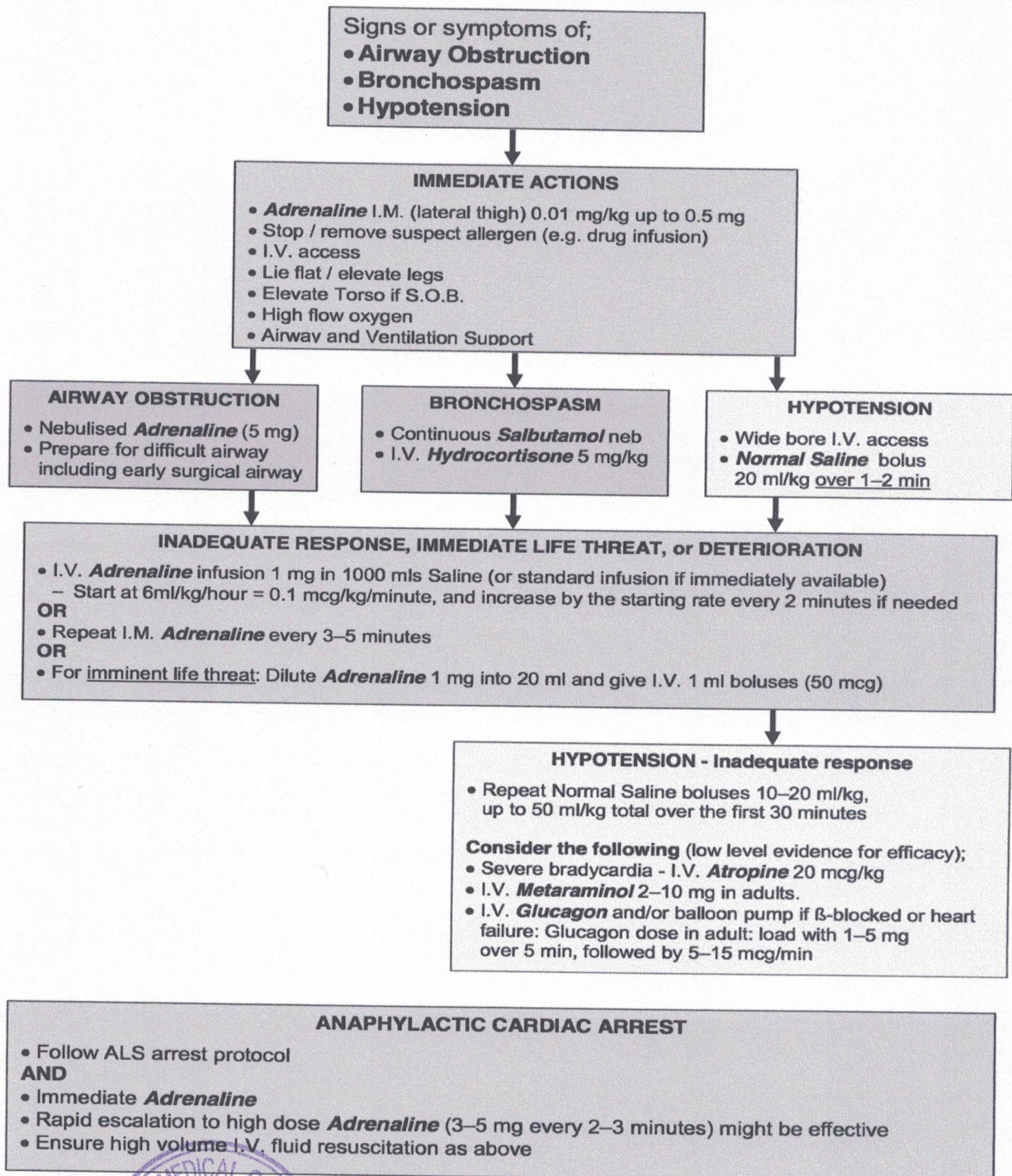


JAWAHAR MEDICAL FOUNDATION'S
A.C.P.M. MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL

📍 Sakri Road, Dhule - 424001 (Maharashtra)
☎ Ph.No.: 02562 - 276317,18,19 Mob. 8686585839

✉ Email : deanacpm@gmail.com
✉ acpmmcdhule@gmail.com
🌐 website : www.jmfacpm.com

Management of Anaphylaxis in the Emergency Department



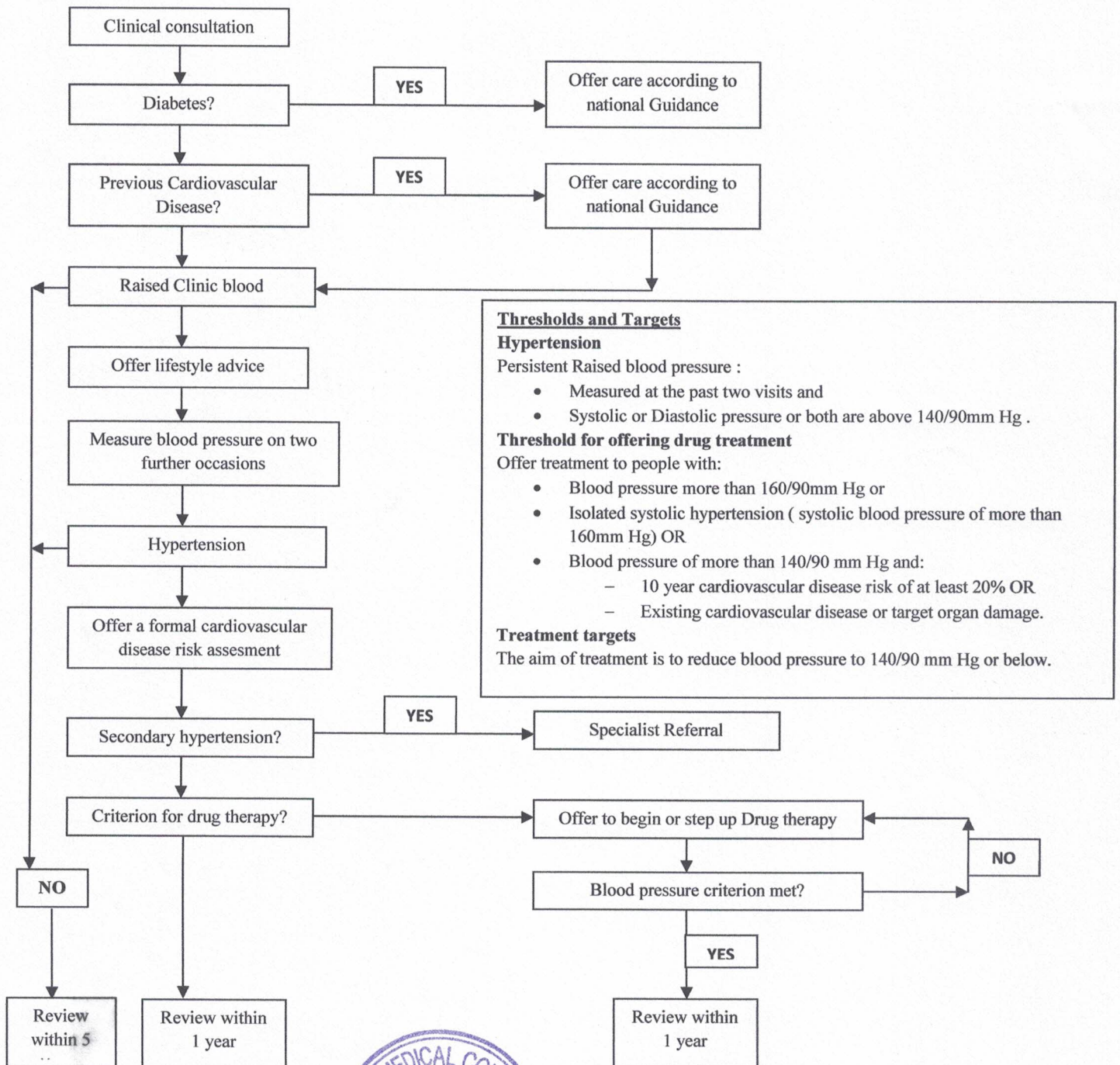


**JAWAHAR MEDICAL FOUNDATION'S
A.C.P.M. MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL**

📍 Sakri Road, Dhule - 424001 (Maharashtra)
☎ Ph.No.: 02562 - 276317,18,19 Mob. 8686585839

✉ Email : deanacpm@gmail.com
✉ acpmmcdhule@gmail.com
🌐 website : www.jmfacpm.com

Cardiac Care





JMF'S A.C.P.M MEDICAL COLLEGE AND HOSPITAL

INFORMED CONSENT FORM FOR SURGERY/PROCEDURE

शस्त्रक्रिया किंवा तत्सम प्रक्रियेसाठी संमतीपत्र

UID No: _____ IPD No: _____ Date & Time Of Admission: / / ____ AM/PM
Patient's Name: _____ Age: _____ Sex: _____ ICU/Ward / Room
Consultant: _____ Diagnosis: _____ Bed No: _____

Name of Surgeon: शल्यचिकित्सकाचेनाव _____ Name of Procedure-शस्त्रक्रियेचे नाव- _____

- I hereby authorize Dr _____ or his associates to perform surgery/operative upon me / above named patient. The name of procedure is _____
डॉ. _____ किंवा त्यांचे सहकारी यांना माझ्यावर/माझ्या रुग्णावर शस्त्रक्रिया/तत्सम प्रक्रिया करण्यास परवानगी देत आहे. शस्त्रक्रिया/तत्सम प्रक्रियेचे नाव- _____

I have been fully explained in the language I understand about the kind of procedure the Surgeon will perform. I have been given an opportunity to ask questions and all my questions have been answered satisfactorily. He/She answered my questions about my condition and the procedure to my satisfaction.

प्रक्रियेबाबत मला/आम्हाला समजावण्या सरळ आणि सोप्या भाषेत मला/आम्हाला समजेल अशा पद्धतीने समजावून सांगण्यात आलेले आहे, त्याचप्रमाणे मला प्रश्न विचारण्याची संधी देण्यात आली व माझ्या शंका/कुशंका आणि प्रत्येक प्रश्नाचे समाधान होईपर्यंत मला कळविण्यात आलेले आहे.

- Doctor has fully explained to me the nature and purpose of operation/procedure and has also informed me of expected benefits and complications, attendant discomfort and risks that may arise, as well as possible alternatives to the proposed treatment

डॉक्टरांनी मला ऑपरेशनचा उद्देश आणि त्याची प्रक्रिया याबाबत माहिती दिलेली आहे. तसेच ऑपरेशन करण्याचे फायदे, तोटे, अडचणी, उदभवू शकणारे धोके तसेच पर्यायी चिकित्सापद्धती याबाबत माहिती दिलेली आहे.

- The Doctor explained the likelihood of major risk or complications that may occur during this procedure including but not limited to loss of limb function, brain damage, paralysis, hemorrhage, infection, drug reaction, blood clots or sometimes loss of life I understand those risks and I am willing to undergo the procedure. I have been explained about the risk of not undergoing this procedure. The doctor has explained to me the possible problems related to recovery.

शस्त्रक्रियेदरम्यान अचानक उदभवणारे धोके किंवा गुंतागुंत जसे कि हात पाय बधीर होणे किंवा अपंगत्व येणे, लकवा मारणे, मेंदूमध्ये बिघाड, रक्तस्त्राव होणे, जंतुसंसर्ग होणे, औषधाची रिअक्शन येणे, रक्ताची गुठळी होणे, काही वेळा मृत्यू येणे किंवा तत्सम इतर धोके याबाबत मला विवरण आणि समज देण्यात आलेली आहे. त्याचप्रमाणे डॉक्टरांनी शस्त्रक्रियेनंतर उदभवू शकणाऱ्या विविध समस्या आणि संपूर्ण बरा होईपर्यंत काय होऊ शकेल याबाबत मला समजावून सांगितले आहे.

- I understand that during the course of procedure or operation, unforeseen condition may arise which requires procedures different from those planned. I therefore consent to the performance of additional procedures which above named physician or his/her associates may consider necessary.

मला याचीही जाणीव करून देण्यात आलेली आहे कि, ऑपरेशन दरम्यान अचानक उदभवणाऱ्या परिस्थितीनुसार निश्चित केलेल्या प्रक्रियेपेक्षा इतर प्रक्रिया/ऑपरेशन करण्याची गरज पडू शकते. त्यामुळे अशापरिस्थितीमध्ये उपरोक्त नमूद केलेल्या शल्यचिकित्सकाला किंवा त्यांच्या सहाय्यकाला अशाप्रकारची प्रक्रिया करण्यास मी संमती देत आहे.

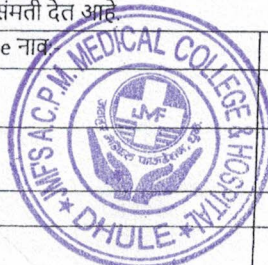
- I further consent to the administration of such anesthesia as may be considered necessary. I recognize that there are occasional risks associated with anesthesia and such have been fully explained to me.

शस्त्रक्रिया किंवा प्रक्रियेसाठी गरजेच्या असलेल्या भूलप्रकार देण्यास मी संमती देत आहे. भूलदेताना कचित् प्रसंगी उदभवू शकणाऱ्या धोक्याबद्दल मला पूर्णपणे समजावण्यात आलेले आहे

- I hereby consent to the procedure being performed on me.

उपरोक्त बाबी समजावून घेतल्यानंतर मी माझ्यावर शस्त्रक्रिया करण्याची संमती देत आहे.

	Name नाव	Signature सही:-	Date-तारीख	Time-वेळ
Patient Nameरुग्णाचेनाव				
Witness (Relation with Patient) साक्षीदार (रुग्णाशी नाते)				
Doctorचिकित्सक				
Interpreter- माहिती समजावून सांगणारे				





JMF'S A.C.P.M MEDICAL COLLEGE AND HOSPITAL

Informed Consent for Anesthesia

भूल देण्यासाठी लेखीसमंती

UID No: _____ IPD No: _____ Date & Time Of Admission: / / _____AM/PM
Patient's Name: _____ Age: _____ Sex: _____ ICU/Ward / Room
Consultant: _____ Diagnosis: _____ Bed No: _____

Date&Time of Surgery-/ / _____AM/PM

Name of Procedure: _____ Type Of Anesthesia _____

1. I understand that anesthesia services are needed so that my doctor can perform the operation and procedure. माझ्या डॉक्टरांना शस्त्रक्रिया करण्यासाठी भूल देण्याची गरज आहे याची मला जाणीव आहे.
2. Patients receiving general anaesthesia may require wind pipe (Endotracheal Intubation), the intubation may cause sore throat or hoarseness of voice and also teeth or denture may become loose. If they develop respiratory complications, they may put ventilator to support lungs. Accidental death is extremely rare. However a remote possibility of this always exists in any surgery or anaesthesia.

रुग्णाला जनरल अनेस्थेशिया देण्याकरिता श्वास मार्ग मोकळा ठेवण्यासाठी घशातून नळी टाकण्यात येवू शकते. त्यामुळे शल्यचिकित्सेनंतर घशात त्रास होवून क्वचित आवाजही बदलू शकतो. त्याच प्रमाणे दात किंवा दाताची कवळी ढिली होवू शकते. श्वसनप्रणालीमध्ये बिघाड होवून रुग्णास क्वचित कृत्रिम श्वसना वर ठेवण्यात येवू शकते. क्वचित मृत्यू येण्याची शक्यता असते. शल्यचिकित्सा किंवा भूल देताना जीवास धोका असण्याची शक्यता याबाबत समजावून घेणे गरजेचे आहे याबाबत मला जाणीव आहे.

3. It has been explained to me that all forms of anesthesia involves some risks and no guarantee or promises can be made concerning the results of my procedure or treatment. सर्व प्रकारच्या भूलप्रक्रियेमध्ये काही प्रमाणात धोका असतो याची मला जाणीव आहे तसेच गामुळे शस्त्रक्रिया किंवा तत्सम प्रक्रियायांची खात्री ही देता येत नाही याची मला जाणीव करून देण्यात आलेली आहे.
4. Although rare, unexpected severe complications with anesthesia can occur and include the remote possibility of infection, bleeding, drug reaction, blood clots, loss of sensations, loss of limb function, paralysis, stroke, brain damage, heart attack or death. भूल देण्यामुळे प्रसंगी गंभीर परिणाम उदभवू शकतात तसेच क्वचित प्रसंगी जंतू संसर्ग, रक्तस्त्राव, औषधाची रिएक्शन, रक्ताची गुठळी निर्माण होणे, बेशुद्ध पडणे, हात/पाय निकामी होणे, पक्षधात, स्ट्रोक, हृदयविकाराचा झटका तसेच प्रसंगी मृत्यू उदभवू शकतो याची मला कल्पना देण्यात आलेली आहे.
5. I understand that these risks apply to all forms of anesthesia and that additional or specific risks have been identified below as they may apply specific type of anesthesia. I understand that the type/types of anesthesia services will be used for my procedure and that the anesthetic technique to be used is determined by many factors including my physical condition भूल देण्यासाठी ठरविण्यात आलेल्या पद्धतीमध्ये ऐनवेळी माझ्या शारीरिक गरजेनुसार बदल करण्यात येवू शकतो याची मला जाणीव करून देण्यात आलेली आहे. The type of procedure my doctor is to do, is his or her preference as well as my own desire. माझ्यावर करण्यात येणारी चिकित्सा ही माझ्या डॉक्टरांचा किंवा माझा स्वतःचा निर्णय असेल.

7. It has been explained to me that sometimes anesthesia technique which involves use of local anesthetics, with or without sedation, may not succeed completely and therefore another technique may have to be used including general anesthesia. स्थानिक बहिरीकरण करून चिकित्सा करताना गरजेनुसार इतर भूलपद्धतीचा ज्यामध्ये जनरल अनेस्थेशियाचा सुद्धा अवलंब करण्यात येवू शकतो याची मला जाणीव करून देण्यात आली आहे.

8. I hereby consent to the anesthesia service checked above and authorize that it be administered by
9. Dr. _____ or his assistants all of whom are credentialed to provide anesthesia services at this health facility.

- I also consent alternate type of anesthesia if necessary as appropriate by them
- I hereby acknowledge that I have read this form or had explained me in a language I understand.
- I understand the risk, alternatives and expected results of anesthesia service
- I had ample time to ask questions and to consider my decision.

उपरोक्त सर्व समजावून घेवून मी _____ यांना किंवा त्यांच्या सहाय्यकांना माझ्या वर करण्यात येणाऱ्या शस्त्रक्रियेसाठी भूल देण्याची संमती देत आहे.

- भूलातज्ञाना गरजेचे वाटेल तेव्हा भूलप्रकारामध्ये बदल करण्याची मी संमती देत आहे.
- याबाबत मला समजेल अशा भाषेमध्ये मला समजावून सांगण्यात आलेले आहे.
- मला भूल देण्या मधील धोका, पर्यायी चिकित्सा पद्धती याबाबत समजावून सांगण्यात आलेले आहे.

निर्णय घेण्यासाठी मला प्रश्न विचारण्याची संधी देण्यात आलेली आहे व त्या संबंधित सर्व शंकांचे निरासन करण्यात आलेले आहे.

	Signature-सही	Name-नाव	Date-तारीख	Time-वेळ
Patient-रुग्ण				
Witness(Relation with Patient) साक्षीदार (रुग्णाशीनाते)				





JMF'S A.C.P.M MEDICAL COLLEGE AND HOSPITAL

Pre Operative Assessment by Anesthetist

UID No: _____ IPD No: _____ Date & Time Of Admission: / / ____AM/PM
Patient's Name: _____ Age: _____ Sex : _____ ICU / Ward / Room
Consultant: _____ Diagnosis: _____ Bed No: _____

Date and Time of Assessment _____ Date and Time of surgery: _____

Name of Surgery: _____

Name of Anesthetist: _____ Name of Surgeon _____

Allergic To/ Adverse Drug Event:

Habit to: Alcohol/ Tobacco/ Smoking / other:

Significant History/Findings:

HTN/DM/IHD/COPD/Asthma/Thyroid

Medication:

Previous Anaesthesia History:

Vital Signs:

BP: ☐ Pulse: ☐ Temp: ☐ PO2: ☐ ☐ ☐

Systemic Examination:

CVS: ☐ RS: ☐ GI: ☐ Renal: ☐

Metabolic: Neuro: Spine:

Airway: Difficult- Yes/No

MP: I II III IV

Mouth Opening: Full/ restricted

IM Distance: 3 Fingers- Yes/No

Teeth: Dentures- Yes/No

ASA: 1 2 3 4 5 E

Pre Operative Advice:

NBM:

Investigations Advised:

Reference/Response:

Medication:

Blood Request:

ICU/Post Op Ventilation/ Risk Consent:

Anesthesia Plan explained- Yes/No

Post operative Pain Management Explained- Yes/No

Investigations:

Date

Blood Group

Hb/H

WBC

L/N/E/B/M

Platelets

BSL- F/PP

Sr. Creatinine

Na/K/Cl

LFT Pro/Alb

SGOT/SGPT

PT/APIT

INR

Fibrinogen

ABG

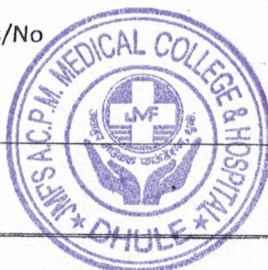
Vital Markers

X Ray

ECG

2D Echo

Other





JMF'S A.C.P.M MEDICAL COLLEGE AND HOSPITAL

Anesthesia Plan: _____

Pre Medication: _____

Type: LA/ SA/EA/GA/ Nerve Block/Sedation/MAC _____

Special Requirement: _____

Possibility of Ventilation _____

Post OP- ICU- Yes/No _____

Name and Signature of Anesthetist with Date and Time

Immediate Pre Operative Evaluation:

Identify/Surgery/ Surgeon/ Side of Surgery/ Reconfirmed- Yes/ No

NBM

Fresh Complaints

Consent

PAC Chart Review

Comorbid/ Risk Factors

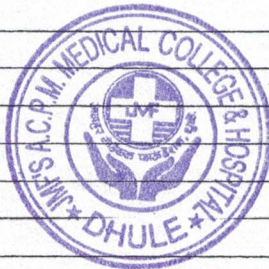
Investigation Review

Blood Arranged

Change in Plan- Yes/No If YES Describe:

Name and Signature of Anesthetist with Date and Time

Pre Operative Advice:



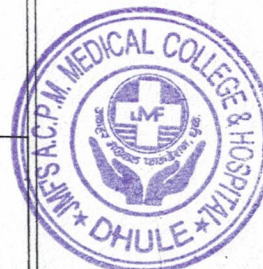
Name and Signature of Anesthetist with Date and Time



JMF'S A.C.P.M MEDICAL COLLEGE AND HOSPITAL

SURGICAL SAFETY CHECKLIST

UID No.		IPC No.		Date & Time of Admission		AM/PM	
Patient's Name		Age		Sex		ICU/Ward/Room	
Consultant:		Diagnosis				Bed No.	
Before Induction of anaesthesia (with at least nurse & anaesthetist) Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure and consent? <input type="checkbox"/> Yes		Before skin incision (With nurse, anaesthetist and surgeon) <input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role. <input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made		Before patient leaves operating room (With nurse, anaesthetist and surgeon) Nurse Verbally Confirms: <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed			
Is the Site Marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable		Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable		To surgeon, anaesthetist and Nurse: <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?			
Is the anaesthesia machine and medication check complete ? <input type="checkbox"/> Yes		Anticipated Critical Events To Surgeon: <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps ? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?					
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes		To Anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any Patient- specific concern?					
Does the patient have a : known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		To Nursing Team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator result) been Confirmed ? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?					
Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available		Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable					
Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two Iv's/ Central access and fluids planned							
Name & signature of Anesthetist with Date & Time:		Name & Signature of Surgeon with Date & Time:		Name & signature of Nurse with Date & Time			





JMF'S A.C.P.M MEDICAL COLLEGE AND HOSPITAL

Operative Notes by Surgeon

UID No: _____ IPD No: _____ Date & Time Of Admission: / / _____ AM/PM

Patient's Name: _____ Age: _____ Sex : _____ ICU/Ward / Room

Consultant: _____ Diagnosis: _____ Bed No: _____

Name of Surgeon- _____ Name of Anaesthetist: _____

Type of Anaesthesia: _____

Operation Started at: _____ Operation Ended at: _____ Total Duration of Surgery: _____

Name of OT Assistant: _____ Scrub Nurse: _____

Circulating Nurse: _____

Pre Operative Diagnosis: _____

Post Operative Diagnosis: _____

Operative Notes :



Signature

Name

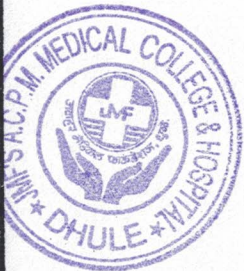
Date

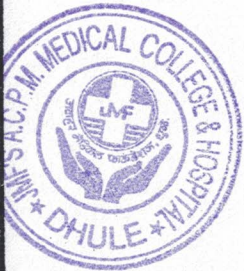
Time

Surgeon

JMF'S A.C.P.M MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL DHULE, MAHARASHTRA

Intra Operative Anaesthesia Evaluation

UID No: _____ IPD No: _____ Date & Time Of Admission: / / ____AM/PM Patient's Name: _____ Age: _____ Sex: _____ ICU / Ward / Room Consultant: _____ Diagnosis: _____ Bed No: _____ Name of Anesthetist: _____ Name of Surgeon: _____ Name of Operation: _____ Elective / Emergency		IV Access- ART Line- CVP Line- Problems- Yes/ No		Monitoring ECG,SPO2,NIBP- E1CO2,FIO2,EtAA- IBP- CVP- UO- Temp-		Eyes: Taped/ Padded/Lubricant Position- Pressure Points Protected- Warmed Fluids- Body Surface Warming- TEDs/SCD/Heparin/LMWH- NG/OG Tube Inserted-					
Anesthesia: GA- RA- LA-		Pre Induction: Machine and Monitors checked: Consents Checked: Fasting: Clear Fluids-----h Other foods-----h GCS- SpO2 Induction: IV- RSI- Gas-		Sedation- Airway Mask- LMA ETT Nasal- Trach- Cuffed- Size- Type- Mask Ventilation- Laryngoscope CL grade Aids to intubation-		Maintenance: Agent-----O2/N2O/Air System: Circle- Bain- JR- Ventilation- Spont- Vol mode- Manual- Pr Mode- Vt- RR Paw PEEP Total gas Flow-----L/min		Asepsis for all Invasive Procedures: Pre Incision Antibiotics- Spinal Anesthesia: Lateral- Sitting- Level- Needle- Drugs- Time- Block Level- Awake/Sedated/Converted to GA Problems- Yes/No		LA Infiltration by Surgeon- Epidural/Caudal Lateral Sitting Awake Under GA Level: Needle: Catheter-----cm in epidural space -----cm in skin	
Nerve Blocks- Block Awake- Under GA- Guide-Anat/Pares/N strim/USG Needle Drugs Problems—Yes/No		Block- Awake- Under GA- Guide- Needle Drugs Problems—Yes/No		Emergence- • Reversed- Neostigmine-----mg Glycopyrrolate/Atropine-----mg • Extubated • Total Pack used and Removed • Transferred to ICU sedated and ventilated		Notes: Signature of Anesthetist with Name,date and time					
Fluids Urine Duration-----to-----		INPUT- Crystalloids ColloidsBlood		OUTPOOT- Blood Loss- Urine-Others-							





JMF'S A.C.P.M MEDICAL COLLEGE AND HOSPITAL

Post Anaesthesia Observation and Instructions

UID No: _____ IPD No: _____ Date & Time Of Admission: / / ____AM/PM
Patient's Name: _____ Age: _____ Sex: _____ ICU/Ward / Room _____
Consultant: _____ Diagnosis: _____ Bed No: _____

1. O2 Therapy:L/min forhrs
2. Prescribed: Analgesics- Anti emetics- Epidural Infusion-
IV Fluids- Blood Products-
3. Investigations- Blood Glucose / Hb /ECG/ CXR / Others
4. Watch out for- Airway Obstructions- Inadequate Respiration- Excessive bleeding-
Arrhythmias - Others-
5. ICU Care- Monitoring- Sedation/ Ventilation- Muscle Relaxation-
6. Oral Feeds From-
7. Recovery Observation Chart-

	On Arrival-	0.5 hr	1hr	1.5hr	2hr	2.5hr	3hr	3.5hr	O2-L/min
Time-									
Pulse									Pain Score-
BP									0- No Pain
SPO2									1- Mild
RR									2- Moderate
Urine									3- Severe
Drain									
Pain									
Conscious/ Unconscious									

Problems in Recovery- Yes/No

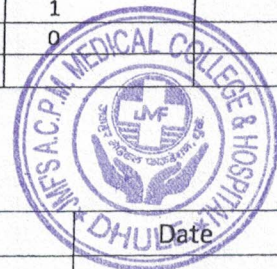
Patient Sign		Expected Score	Achieved Score
Consciousness	Awake, responds easily, Alert & Oriented x 3 (or returned to baseline)	3	
	Responds readily, but easily falls asleep	2	
	Arousable, but not readily	1	
	Not responding	0	
Respiratory	Breathes easily with adequate volume	3	
	Slightly decreased rate and/or volume	2	
	Labored or limited respiration	1	
	Apnea or inadequate ventilation	0	
Circulatory	BP and pulse within baseline limits	2	
	BP and pulse approaching baseline limits	1	
	Abnormally high or low BP and/or abnormally fast or slow pulse	0	
Activity	Able to move extremities voluntarily or on command (or returned to baseline)	2	
	Voluntary movement – non purposeful	1	
	Unable to lift head or move extremities	0	
Total Score	Maximum Score should be 10 to shift from recovery		

Discharge To- ICU/Ward

Time:

- Conscious and Oriented
 - Spinal Weaning off
- Mild or no pain
Vitals Stable

	Signature	Name	Date	Time
Anaesthetist				



शस्त्रक्रिया किंवा उपचार पध्दतीबद्दल संमती

१. मी ----- माझ्यावर खालील

उपचारपध्दती

/

शस्त्रक्रिया

डॉ. ----- यांच्या मार्गदर्शनाखाली करण्याची परवानगी देत आहे.

२. माझ्या वैद्यकीय तज्ञांनी ते / त्या माझ्यावर करणार असलेल्या उपचारपध्दतीबद्दल / शस्त्रक्रियेबद्दल खुलासा केले आहे आणि माझ्या प्रकृतीबद्दल आणि उपचारपध्दती विषयीच्या माझ्या प्रश्नांना समर्पक उत्तरे दिली आहेत. वैद्यकीय तज्ञांनी त्या पध्दतीमधील अंतर्भूत धोक्याची मला कल्पना दिली आहे. शस्त्रक्रिया करून घेऊ इच्छितो, ही संमती मी माझ्या इच्छेनुसार आपण स्वयंनिर्णयाने देत आहे.
३. माझ्या वैद्यकीय तज्ञांनी इतर उपचारविषयी मला माहिती दिली आहे आणि मी वरील उपचारपध्दती स्वीकारण्याचे ठरवले असून रक्त किंवा रक्तांचे घटक जर मला माझ्या हितासाठी घ्यावे लागणार असतील तर ते घेण्याची अनुमती मी देत आहे. शस्त्रक्रिये दरम्यान कधी कधी पेशंटला दुसऱ्या हॉस्पिटलमध्ये हलवावे लागते हे ही आम्हाला समजावले आहे.
४. मला याची जाणीव आहे की ही उपचारपध्दती / शस्त्रक्रिया करत असतांना माझ्या वैद्यकीय तज्ञांच्या निदर्शनाला शरीरातील असे काही अतिरिक्त दोष आढळतील ज्यांच्यावर इलाज होणे आवश्यक आहे. म्हणून मी माझ्या वैद्यकीय तज्ञांना (तो किंवा ते) अनुषंगीक इतर उपचारपध्दती करण्यास संमती व हक्क देत आहे.
५. माझ्या वैद्यकीय तज्ञांना उपचारपध्दती / शस्त्रक्रिया करत असतांना निवासी डॉक्टर, सहाय्यक किंवा अन्य वैद्यकीय तज्ञ, बधिरीकरण तज्ञ, विकृतीशास्त्रज्ञ, क्ष-किरण तज्ञ तसेच परिचारीका यांची मदत घेण्यास संमती आहे.
६. उपचार पध्दतीच्या / शस्त्रक्रियेच्या यशस्वीततेबद्दल माझ्या वैद्यकीय तज्ञांनी कोणतीही हमी दिलेली नाही आणि मला माझ्यावर इलाज करताना असफलता, गुंतागुंत, मृत्यु इत्यादीची पूर्ण कल्पना आम्हास दिली आहे.
७. माझ्यावर उपचारपध्दती / शस्त्रक्रिया चालू असताना शरीराच्या संबंधीत भागाच्या निरीक्षणाची छायाचित्रणाची किंवा दूरचित्रीकरणाची वैद्यकीय, वैज्ञानिक किंवा शैक्षणिक कामांसाठी उपयोग होत असल्यास मी परवानगी देत आहे. परंतु माझी ओळख पटू नये याची खबरदारी घेण्यात यावी.
८. माझ्या शरीरातील भाग किंवा ग्रंथी, पेशी इ. या उपचार पध्दतीत / शस्त्रक्रियेत जे निघतील त्यांची योग्य विल्हेवाट लावण्याची अनुमती मी रुग्णालयाच्या प्रतिनिधींना / पॅथॉलॉजीस्टना देत आहे.
९. माझी माझ्या वैद्यकीय तज्ञांना पूर्ण सहकार्य देण्याची तयारी आहे. तसेच त्यांच्या सूचना आणि शिफारशी माझ्यावर उपचार करत असतांना स्वीकारण्याची माझी पूर्ण तयारी आहे.
१०. माझे संपूर्ण समाधान होईपर्यंत खालील गोष्टीविषयी मला माहिती दिली आहे.

१. उपचार पध्दती / शस्त्रक्रिया व त्याची गरज
२. उपचार पध्दती / शस्त्रक्रिया यातील सर्व पायऱ्या
३. शस्त्रक्रियेचे / उपचार पध्दतीचे संभाव्य धोके व परिणाम
४. बधिरीकरणाचे पध्दत
५. बधिरीकरणाचे धोके व परिणाम
६. उपचार पध्दती / शस्त्रक्रिया यातील असफलता व परिणाम



११. इस्पितळात दाखल झाल्यानंतर इस्पितळाचे नियम समजून घेणे व त्यांचे पालन करण्याची जबाबदारी सर्वस्वी आमची राहिल.
१२. उपचारपध्दती किंवा शस्त्रक्रिया यांचा खर्च, डॉक्टर व इतर सहभागी लोकांचे मानधन पूर्णपणे देण्याची जबाबदारी आमची राहिल.
१३. रुग्ण व त्यांच्यावरील उपचार यांखेरीज इतर काही गोष्ट उदा. नैसर्गिक आपत्ती, चोरी, शारीरिक इजा इत्यादी ज्यामध्ये इस्पितळ व त्यांचे कर्मचारी यांचा दुराव्यानेही संबंध नाही अशा गोष्टींना इस्पितळ जबाबदार राहणार नाही याची आम्हाला माहिती असून आम्हाला ते मंजूर आहे.
१४. इस्पितळात मौल्यवान वस्तु, सोन्याची वस्तू ठेवू नये हे आम्हांस सांगितले असून इस्पितळ त्याची जबाबदारी घेणार नाही.
१५. मी सही करून वर लिहिलेल्या सर्व गोष्टीस माझी मान्यता असल्याचे दर्शवित आहे.

दिनांक / वेळ :-

रुग्णाची सही :-

साक्षीदार :-

नातेवाईकाची सही :-

(नाते)

