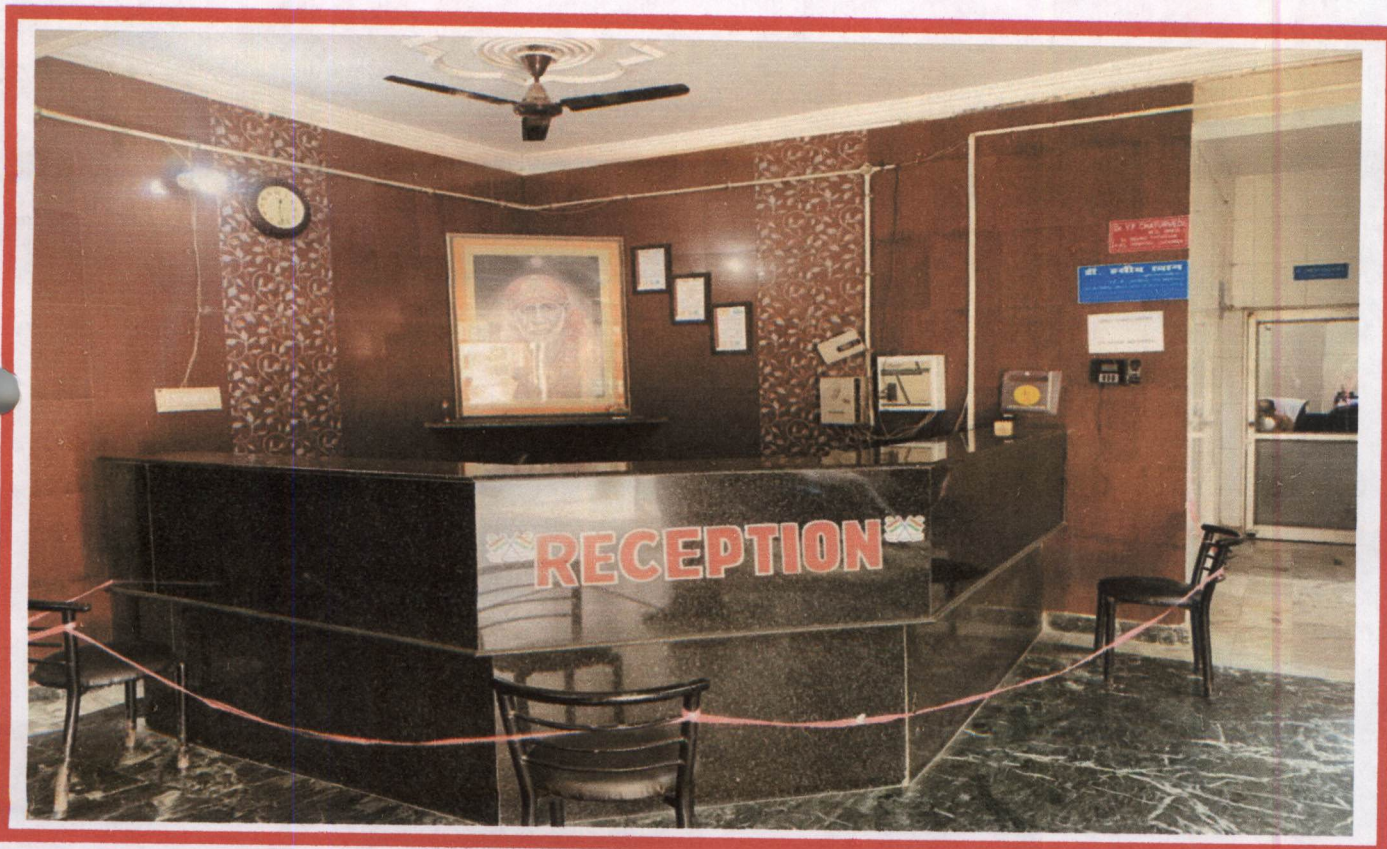


**BABA EDUCATIONAL SOCIETY INSTITUTE OF
PARAMEDICAL, COLLEGE OF NURSING**

56 Matiyari, Deva Road, Chinhat, Lucknow- 226028

DOCUMENT PERTAINING TO QUALITY OF CARE AND PATIENT
SAFETY PRACTICES FOLLOWED BY THE TEACHING HOSPITAL



BABA HOSPITAL

56, Matiyari, Deva Road, Chinhat, Lucknow - 226 028
Phone No. : 7080000123, 9415004535, 9450638171

CASE RECORD

Reference No..... 26/9

Name of Patient Pappu Singh

Age..... 50y Sex..... M

Father's / Husband's Name Late Rajendra

Address :..... Kuti, Basti, Banahaeki

Telephone No. No. 9839 831899


Date of Admission 9/09/22 Time 10:20 AM Ward 03 Bed No. 2

Date of Discharge Time


Diagnosis / Procedure (R) Arm Fract E Hand callus

Doctor Incharge Dr. S. Agni Mrs. I. Wadhwa




PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
58, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAT, LUCKNOW-226028





PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
56, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAT, LUCKNOW-226028



PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
58, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAT, LUCKNOW-226013




PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
56, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAT, LUCKNOW-226028



बाबा अस्पताल
(बाबा एजुकेशनल सोसाइटी द्वारा संचालित)
56, मटियारी, देवा चोक, चिनहाट, लखनऊ-226 028 फोन : 708000123, 9415004635, 9450638171

सहमति पत्र

मैं Ushin (मरीज का नाम) Pappu Singh एम्बुलेंस द्वारा प्रभावित करता हूँ कि मैं अपना/अपने सम्बन्धी का जिसका मैं अभिभावक हूँ का उपचार बाबा अस्पताल, 56, मटियारी, देवा चोक, चिनहाट, लखनऊ में कराया जाएगा। इस सम्बन्ध में मेडिकल सम्बन्ध के किसी व्यक्ति द्वारा किसी भी प्रकार का बचाव मुझ पर नहीं डाला गया है।

इस अस्पताल में इलाज के लिये उपलब्ध उपकरणों एवं सुविधाओं से मैं अपनी भौतिक परिचित एवं संतुष्ट हूँ। मेरे/हमारे मरीज की बीमारी की विशेषता, सामान्य बेहोशी तथा शल्य क्रिया में निहित जटिलताओं (काम्प्लीकेशन्स) व जोखिम (रिस्क) के सम्बन्ध में मुझे अस्पताल के विशेषज्ञों द्वारा पूर्ण रूप से अवगत करा दिया गया है।

मैं अपनी/अपने मरीज के उपचारार्थ शल्य क्रिया हेतु अपनी जिम्मेवारी पर सहमति देता हूँ, मैं समझता हूँ कि :-

- (क) शल्य क्रिया व एनेस्थीसिया के समय अचानक कार्डियक अरेस्ट या अन्य काइडिस हो सकती है।
- (ख) शल्य क्रिया, बेहोशी एवं प्रजनन में अप्रत्याशित जोखिम (असपेक्टेड रिस्क) है।
- (ग) मेरी/मेरे मरीज की हालत इतनी गम्भीर है कि सर्जिकल आपरेशन के समय या उसके बाद जीवन को खतरा है।
- (घ) मेरी/मेरे मरीज की हालत ऐसी है कि सर्जिकल आपरेशन की जरूरत एकमात्र विकल्प है परन्तु चिकित्सक मरीज की शारीरिक स्थिति एवं खतरों को दुर्घटन करते हुए आपरेशन की राय नहीं दे रहे हैं। फिर भी अन्तिम प्रयास करने के उत्सुक से मैं शल्य चिकित्सक से सर्जरी का अनुरोध अपनी जिम्मेवारी पर कर रहा हूँ।

मैं शल्य क्रिया की अवधि में किसी आवश्यक बदलाव/तब्दीली करने की अनुमति देता हूँ।

मुझे अवगत करा दिया है कि मेरी/मेरे मरीज की शल्य क्रिया बेहोशी चिधि से की जाएगी।

मुझे चिकित्सालय के विशेषज्ञों एवं स्टाफ पर पूरा भरोसा है तथा मरीज की उस समय पर उपलब्ध स्टाफ द्वारा आपातकालीन परिस्थिति में शिवाय उस औषधि के जो उपरोक्तानुसार इस अस्पताल के विशेषज्ञों द्वारा निर्धारित की गई हो।

मेरे अपने सर्जन (डाक्टर) का चयन स्वयं किया है तथा सर्जन की फीस उन्हीं से तय करूँगा। इस सम्बन्ध में बाबा अस्पताल के प्रबंधन का कोई हस्तक्षेप नहीं है।

आपातकालीन एवं असाधारण परिस्थितियों में जरूरत पड़ने पर, किसी नई व्यवस्था का या अन्य डाक्टर की सहायता प्राप्त करने हेतु मैं अस्पताल प्रबंधन को अपनी अनुमति देता हूँ कि इस प्रकार की सेवा के लिए मैं सम्बन्धित डाक्टर की फीस का भुगतान सीधे उन्हीं को करूँगा।

रात्रि के समय, ल्योहारी तथा इरी प्रकार की कामूल व व्यवस्था सम्बन्धी विषय परिस्थितियों व सड़क पर मार्ग अवरोध के कारण हुए विलम्ब के लिए अस्पताल के किसी या कर्मचारी को दोषी नहीं मानूँगा।

पेट्रोलिंग की गयी सेवा हम स्वयं उपलब्ध करावेंगे।

असम्बन्धी अथवा किसी विवाद की स्थिति में मैं या मेरे रिश्तेदार किसी प्रकार की हिंसा नहीं करेंगे और न ही किसी प्रकार से अस्पताल की शक्ति भंग करेंगे।

मुझे ज्ञात है कि अस्पताल परिसर में किसी प्रकार का शस्त्र (हथियार या आग्नेयास्त्र) लाया गया है। मैं तथा मेरे रिश्तेदार इस व्यवस्था का उल्लंघन नहीं करेंगे।

मेरे उचितचित्त पत्र की विषयवस्तु को चक्रवर्त पूर्ण रूप से मजबूत को समझ लिया है। मैंने सामान्य निर्देश नामक पत्र प्राप्त कर उसे भी पढ़ लिया है तथा निर्धारित किये गये शुल्कों से अपने को संतुष्ट कर लिया है। मैं उन्हीं के अनुसार भुगतान करूँगा।

मुझे मेरी चिकित्सा सम्बन्धी, हॉस्पिटल एवं सर्जरी के सम्बन्ध में अवगत करा दिया गया है जो आवश्यकता पड़ने पर बढ़ भी सकता है। सम्बन्ध करने को असा करने की जिम्मेवारी मेरी होगी। मरीज को अस्पताल से ले जाने से पहले सभी खर्चों का भुगतान करूँगा, इसकी सारी जिम्मेवारी मेरी होगी।


गवाह का पूरा नाम, पता एवं टेलीफोन नं० (यदि कोई हो)

1.

2.

मरीज के सम्बन्ध
हस्ताक्षर
Pappu Singh

पूरा नाम
पता


PRINCIPAL
BABA EDUCATIONAL SOCIETY
COLLEGE OF NURSING
INSTITUTE OF PARAMEDICALS
56, MATIYARI DEVA ROAD
CHINHAAT, LUCKNOW-226028