



Queensland
Government

Consent (Hindi)

Adult (18 years and over)

Facility:

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. क्या मरीज में क्षमता है?

- हाँ → सेक्शन B पर जाएं
 नहीं → भाग A पूरा करें

आपको एडवांस हेल्थ डायरेक्टिव (AHD) का पालन करना होगा, या यदि कोई AHD नहीं है, तो प्रतिनिधि निर्णय-निर्माता से निम्नलिखित क्रम में सहमति प्राप्त की जाती है: श्रेणी 1. अधिकरण के द्वारा नियुक्त किया संरक्षक; 2. स्थायी मुख्तारनामा; या 3. वैधानिक स्वास्थ्य प्रतिनिधि।

श्रेणी 1. अधिकरण के द्वारा नियुक्त किया संरक्षक; 2. स्थायी मुख्तारनामा; या 3. वैधानिक स्वास्थ्य प्रतिनिधि।

प्रतिनिधि निर्णयकर्ता का नाम:

प्रतिनिधि निर्णयकर्ता की श्रेणी:

B. एक दुभाषिया की आवश्यकता है?

यदि हाँ, दुभाषिया ने:

- व्यक्तिगत रूप से सूचित सहमति फॉर्म का पढ़ कर अनुवाद किया है।
 टेलीफोन पर सूचित सहमति फॉर्म का अनुवाद किया

दुभाषिया का नाम:

दुभाषिया कोड:

भाषा:

C. रोगी / अन्य निर्णय निर्माता निम्नलिखित प्रक्रिया (प्रक्रियाओं) का आग्रह करते हैं

[प्रक्रिया शीर्षक]

क्या यह एक अंतरंग प्रक्रिया है?

- हाँ (भाग H और प्रश्न 2 पूरा करें) नहीं

D. [प्रक्रिया शीर्षक] करवाने में रोगी के लिए विशेष जोखिम

(जो अतिरिक्त जोखिम रोगी सूचना पत्र में शामिल नहीं हैं, उन्हें चिकित्सक/क्लिनिकल दी गई जगह में लिखें):

E. [प्रक्रिया शीर्षक] नहीं करवाने पर रोगी के लिए विशेष जोखिम

(के न होने पर चिकित्सक/क्लिनिकल विशेष जोखिमों को लिखें [प्रक्रिया शीर्षक]):

F. वैकल्पिक उपचार के विकल्प

(जो वैकल्पिक उपचार रोगी सूचना पत्र में शामिल नहीं हैं, उन्हें चिकित्सक/क्लिनिकल लिखें):

G. चिकित्सक/क्लिनिकल के लिए सूचना

इस सहमति फॉर्म में दी गई जानकारी चिकित्सक/क्लिनिकल और रोगी / वैकल्पिक निर्णय निर्माता के बीच सीधे संवाद का विकल्प नहीं है। मैंने रोगी / प्रतिनिधि निर्णय-निर्माता को इस फॉर्म में दी गई जानकारी दे दी है और मेरी राय यह है कि इसकी समझ लग गई है।

चिकित्सक/क्लिनिकल नाम:

पद:

हस्ताक्षर:

तारीख:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v10.00 [Translated: 2022]
Clinical content review: 2018
Clinical check: 01/2021
Published: 04/2021



SW9436

CONSENT



Consent (Hindi)

Adult (18 years and over)

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

H. रोगी / विकल्प निर्णय निर्माता की सहमति

मैं स्वीकार करता हूँ कि चिकित्सक/क्लिनिकन ने यह समझाया है:

- "[प्रक्रिया शीर्षक]" रोगी सूचना पत्र
- चिकित्सीय स्थिति और प्रस्तावित उपचार, जिसमें शामिल हैं अतिरिक्त उपचार की संभावना
- प्रक्रिया के विशेष जोखिम और लाभ
- रोगनिदान और प्रक्रिया ना करवाने का जोखिम
- वैकल्पिक उपचार के विकल्प
- कोई गारंटी नहीं है कि प्रक्रिया से स्वास्थ्य स्थिति में सुधार होगा
- इस प्रक्रिया में रक्त आधान शामिल हो सकता है
- ऊतकों / रक्त को लेकर निदान के लिए उपयोग किया जा सकता है / स्थिति का प्रबंधन
- अगर प्रक्रिया के दौरान कोई जानलेवा घटना होती है / उपचार / जांच / परीक्षण, मेरा लिखित चर्चा के आधार पर इलाज किया जाएगा (जैसे AHD या ARP [एक्यूट रिस्पॉन्स प्लान])
- किसी परामर्शदाता / विशेषज्ञ के अलावा कोई एक चिकित्सक / क्लिनिकन नैदानिक रूप से उपयुक्त प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षण में सहायता / संचालन कर सकता है, यह एक चिकित्सक/क्लिनिकन हो सकता है जो निगरानी अधीन प्रशिक्षण प्राप्त कर रहा हो।
- यदि चिकित्सक / क्लिनिकन प्रक्रिया के दौरान वीडियो, ऑडियो या छवियों को रिकॉर्ड करना चाहते हैं, जहां उपचार के भाग के रूप में रिकॉर्डिंग की आवश्यकता नहीं है (जैसे प्रशिक्षण या अनुसंधान उद्देश्यों के लिए), तो मुझे एक अलग सहमति पत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा। अगर मैं सहमति नहीं देने का चयन करता हूँ, यह किसी भी तरह से चिकित्सा उपचार के लिए मेरी पहुंच, परिणाम या अधिकारों को प्रतिकूल रूप से प्रभावित नहीं करेगा।

मैं चिकित्सक/क्लिनिकनसे सवाल पूछ सकता था और अपनी चिंता व्यक्त कर सकता था।

मैं यह जानता हूँ कि मुझे इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के बाद सहित किसी भी समय सहमति के बारे में अपना विचार बदलने का अधिकार है (यह चिकित्सक/क्लिनिकन के परामर्श से होना चाहिए)।

मैं / विकल्प निर्णयकर्ता को निम्नलिखित सहमति और रोगी सूचना पत्र प्राप्त हुए हैं:

"[प्रक्रिया शीर्षक]"

"आपकी बेहोशी की दवा के बारे में"

"ताजा रक्त और रक्त उत्पाद आधान"

उपरोक्त कथनों के आधार पर,

1) मैं / विकल्प निर्णय-निर्माता सहमति देते हैं [प्रक्रिया शीर्षक]

रोगी / विकल्प निर्णयकर्ता का नाम:

हस्ताक्षर:

तारीख:

2) पेशेवर के लिए छात्र परीक्षण / प्रक्रिया प्रशिक्षण के उद्देश्य:

इस शिक्षण अस्पताल में व्यावसायिक प्रशिक्षण लेने के उद्देश्य से, एक नैदानिक छात्र, चिकित्सा परीक्षण (ओं) या प्रक्रिया (ओं) का निरीक्षण कर सकता है और आपकी सहमति पर आधारित, किसी परीक्षण या प्रक्रिया में सहायता / संचालन कर सकता है। सहमति पर आधारित, किसी परीक्षण या प्रक्रिया में सहायता / संचालन कर सकता है रोगी जब रोगी बेहोशी की दवा के प्रभाव में हो।

मैं/ एक नैदानिक छात्र(छात्रों) के लिए अन्य निर्णय निर्माता की सहमति के लिए प्रशिक्षण

- परीक्षण प्रक्रिया(प्रक्रियाओं) का निरीक्षण हाँ नहीं
- परीक्षण प्रक्रिया में सहायता करें हाँ नहीं
- परीक्षण प्रक्रिया का संचालन करें हाँ नहीं

Consent (Hindi)

Adult (18 years and over) | Informed consent: patient information

इस फॉर्म की एक नकल रोगी / विकल्प निर्णयकर्ता को ध्यान से पढ़ने के लिए दी जानी चाहिए और प्रक्रिया के बारे में कोई भी प्रश्न पूछने के लिए समय दिया जाए। रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड में सहमति फॉर्म और रोगी सूचना पत्र शामिल किया जाना चाहिए।



1. प्रक्रिया क्या है और यह मेरी / रोगी की कैसे मदद करेगी?



2. जोखिम क्या हैं?

इस प्रक्रिया के साथ जोखिम और जटिलताएं हैं। प्रत्येक व्यक्ति की व्यक्तिगत स्थिति के अनुसार जोखिम और परिस्थितियाँ अलग हो सकती हैं। कृपया चिकित्सक/क्लिनिकल निशान के साथ इन के बारे में बात करें और सुनिश्चित करें कि वे लिखे गए हैं सहमति पत्र पर इससे पहले कि आप हस्ताक्षर करें। जोखिम में शामिल हैं लेकिन निम्नलिखित तक सीमित नहीं हैं:

सामान्य जोखिम और जटिलताएँ

(प्रक्रिया के अनुसार जोखिमों के अनुकूल हों)

- संक्रमण हो सकता है, जिसके लिए एंटीबायोटिक दवाओं और अधिक
- रक्तस्राव हो सकता है और ऑपरेशन वाले कमरे में दोबारा जाना पड़ सकता है। रक्तस्राव की वजह से खून चढ़ाने की ज़रूरत भी पड़ सकती है।
- रक्तस्राव और भी सामान्य है यदि आप खून पतला करने की दवाई ले रहे हों जैसे कि वारफारिन, एस्पिरिन, क्लोपिडोग्रेल (प्लाविव्स, इस्कवर, कोप्लिविक्स), प्रसग्लू (प्रोफ़िएंट), डिपाइरीडामोल (पर्सैटिन या अससेंटिन), टीकैग्रेलर (ब्रिलिंटा), अपिक्सैबन (इइकिस), डाबीगाट्रान (प्रेक्सा), रिवेरोबैबन (ज़ेरालो) या पोषण की दवाएं / वैकल्पिक दवाएं, जैसे मछली का तेल और हल्दी

- फेफड़े का कुछ भाग खराब भी हो सकता है, जिससे छाती में संक्रमण का खतरा बढ़ सकता है। इसके लिए एंटीबायोटिक्स और फिजियोथेरेपी की जरूरत पड़ सकती है
- जिन लोगों का वजन ज्यादा है और / या धूम्रपान करते हैं उनके लिए घाव में संक्रमण, छाती में संक्रमण, हृदय और फेफड़ों की जटिलताओं और टांगों या फेफड़ों में रक्त का थक्का बनने का खतरा बढ़ जाता है

कम सामान्य जोखिम और जटिलताएं

(प्रक्रिया के लिए प्रासंगिक जोखिमों को अनुकूलित करें)

असामान्य जोखिम और जटिलताएं

(प्रक्रिया के लिए प्रासंगिक जोखिमों को अनुकूलित करें)

- दिल पर दबाव के कारण दिल का दौरा या स्ट्रोक हो सकता है
- टांग में रक्त का थक्का बनने से दर्द और सूजन होती है। कुछ असामान्य मामलों में, थक्के का हिस्सा टूट सकता है और फेफड़ों में जा सकता है
- इस प्रक्रिया के परिणामस्वरूप मृत्यु बहुत असामान्य है।

बेहोशी की दवा

प्रक्रिया:

- बेहोशी की दवा की आवश्यकता होगी
- बेहोशी की दवा की आवश्यकता पड़ सकती है।
- बेहोशी की दवा की आवश्यकता नहीं है

बेहोशी की दवा और इसके जोखिमों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया एनेस्थेटिक सूचना पत्र देखें जो आपको दिया किया गया है। कोई भी चिंता होने पर चिकित्सक/क्लिनिकल निशान के साथ बात करें।

यदि आपको बेहोशी की दवा के लिए जानकारी पत्र

नहीं दिया गया है, तो कृपया माँग लें।

प्रक्रिया नहीं करवाने के जोखिम क्या हैं?

यदि आप प्रस्तावित प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षण नहीं करवाना चाहते हैं तो परिणाम हो सकते हैं। कृपया चिकित्सक/क्लिनिकल निशान से इस बारे में बात करें।

यदि आप प्रक्रिया नहीं करवाना चाहते तो आपको सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता नहीं होगी।

यदि आपने सहमति पत्र पर हस्ताक्षर किए हैं, तो आपको अपना विचार बदलने का अधिकार है प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षण से पहले किसी भी समय। इस बारे में बात करने के लिए कृपया चिकित्सक / क्लिनिकल निशान से संपर्क करें।



3. क्या कोई विकल्प हैं?

प्रक्रिया करवाने का निर्णय लेने के लिए रोगी / विकल्प निर्णय निर्माता को उपलब्ध विकल्पों को समझने की आवश्यकता होती है। सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले अपने चिकित्सक / क्लिनिकल निशान के साथ इलाज के वैकल्पिक विकल्पों के बारे में बात करें।



4. प्रक्रिया के बाद क्या होगा?

आपकी स्वास्थ्य सेवा टीम आपसे बात करेगी कि आपकी प्रक्रिया के बाद और अस्पताल से छुट्टी के बाद क्या होगा।



5. प्रक्रिया कौन करेगा?

किसी परामर्शदाता / विशेषज्ञ के अलावा कोई चिकित्सक / क्लिनिकल निशान चिकित्सकीय उपयुक्त प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षण में सहायता / संचालन कर सकता है।

इसमें प्रशिक्षण प्राप्त करने वाले चिकित्सक/क्लिनिकल निशान शामिल हो सकते हैं हालाँकि वे निगरानी अधीन होते हैं सम्बंधित पेशेवर दिशानिर्देशों के अनुसार।।

यदि आपको इस बारे में कोई चिंतित हैं कि कौन से चिकित्सक / क्लिनिकल निशान प्रक्रिया करेगा, तो कृपया चिकित्सक/क्लिनिकल निशान से विचार विमर्श करें।

इस शिक्षण अस्पताल में व्यावसायिक प्रशिक्षण लेने के उद्देश्य से, एक नैदानिक छात्र, चिकित्सा परीक्षण (ओं) या प्रक्रिया (ओं) का निरीक्षण कर सकता है और आपकी सहमति पर आधारित, किसी परीक्षण या प्रक्रिया में सहायता / संचालन कर सकता है रोगी जब रोगी बेहोशी की दवा के प्रभाव में हो।

यदि आप सहमति नहीं देते, तो यह किसी भी तरह से चिकित्सा उपचार के लिए आपकी पहुंच, परिणाम या अधिकारों पर प्रतिकूल प्रभाव नहीं डालेगा। आप किसी परीक्षण (परीक्षणों) या किसी प्रक्रिया (प्रक्रियाओं) के लिए सहमति देने के लिए बाध्य नहीं हैं, जो एक नैदानिक छात्र (छात्रों) द्वारा किया जा रहा हो प्रशिक्षण के उद्देश्य।



6. मुझे सहायता या अधिक जानकारी कहां मिल सकती है?

अस्पताल की देखभाल: प्रक्रिया से पहले, दौरान और बाद में, के बारे में जानकारी क्वींसलैंड हेल्थ वेबसाइट www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after से मिल सकती है जहाँ आप अपने स्वास्थ्य संबंधी अधिकारों के बारे में पढ़ सकते हैं।

आप www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner पर रक्त पतला करने वाली दवाओं की सूची भी देख सकते हैं।

कर्मचारी मरीजों की सांस्कृतिक और आध्यात्मिक आवश्यकताओं में सहायता के लिए उपलब्ध हैं। यदि आप सांस्कृतिक या आध्यात्मिक सहायता चाहते हैं, तो कृपया अपने चिकित्सक/क्लिनिकल निशान से इस बारे में बात करें।

क्वींसलैंड हेल्थ ने माना है कि एबोरिजिनल और टोरेस स्ट्रेट आइलैंडर मरीज सबसे अच्छी नैदानिक देखभाल तब महसूस करेंगे जब उनकी संस्कृति को साझा निर्णय लेने के लिए शामिल किया जाता है।



7. प्रश्न

यदि आप इस रोगी सूचना पत्र के किसी पहलू को नहीं समझे या अगर आपके अपने / रोगी की स्वास्थ्य स्थिति सम्बन्धी, इलाज के विकल्प और प्रस्तावित प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षा के बारे में कोई प्रश्न हैं तो कृपया आप चिकित्सक/क्लिनिकल निशान से पूछें प्रस्तावित प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षण के बारे में जांच।



8. हमसे संपर्क करें

आपातकालीन स्थिति में ट्रिपल जीरो (000) पर कॉल करें।

यदि यह आपातकालीन स्थिति नहीं है, लेकिन आपको चिंता है, तो 13 HEALTH (13 43 25 84), संपर्क करें।