



Queensland  
Government

**Transvaginal Ultrasound Consent  
(Hindi) - ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड सहमति**

Facility: .....

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. क्या रोगी में क्षमता है?**

केवल वयस्क रोगी के लिए भरें

हां → भाग B पर जाएं

नहीं → भाग A पूरा करें

आपको एडवांस हेल्थ डायरेक्टिव (AHD) का पालन करना होगा, या अगर AHD नहीं है, तो निम्नलिखित आदेश में एक विकल्प निर्णय निर्माता से सहमति प्राप्त होती है: श्रेणी 1. अधिकरण के द्वारा नियुक्त किया संरक्षक; 2. स्थायी मुख्तारनामा; या 3. वैधानिक स्वास्थ्य प्रतिनिधि।

प्रतिनिधि निर्णयकर्ता का नाम:

प्रतिनिधि निर्णयकर्ता की श्रेणी:

Complete for CHILD/YOUNG PERSON patient only

हां हालांकि रोगी एक बच्चा / युवा व्यक्ति है, रोगी सूचित सहमति देने में सक्षम हो सकता है और पर्याप्त परिपक्वता, समझ और बुद्धिमत्ता रखता है जिससे वे प्रस्तावित प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षण की प्रकृति, परिणामों और जोखिमों को पूरी तरह से समझने में सक्षम है और उपचार ना करवाए जाने के परिणाम समझता है (Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority [1986]AC 112)

→ भाग B पर जाएं

No अभिभावक / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \* जिनके पास माता-पिता के अधिकार और जिम्मेदारियाँ हैं, वे सहमति प्रदान करें और इस फॉर्म को पूरा करें

→ भाग A पूरा करें

\* औपचारिक व्यवस्था, जैसे पालन-पोषण / संरक्षण के आदेश, गोद लेना, या अन्य औपचारिक रूप से मान्यता प्राप्त देखभालकर्ता / संरक्षक व्यवस्था। क्वींसलैंड हेल्थ 'गाइड टू इंफॉर्मेटिव डिसेज़न-मेकिंग इन हेल्थ केयर' और स्थानीय नीति और प्रक्रियाओं का संदर्भ लें। नीचे दिए गए अनुसार निर्णय लेने के अधिकार के स्रोत को पूरा करें।

यदि लागू हो, तो निर्णय लेने के अधिकार का स्रोत (एक पर टिक करें):

न्यायालय का आदेश →  न्यायालय का आदेश सत्यापित

कानूनी अभिभावक →  दस्तावेज सत्यापित

अन्य व्यक्ति \* →  दस्तावेज सत्यापित

माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति का नाम \*:

बच्चे / युवा व्यक्ति से रिश्ता:

**B. एक दुभाषिया की आवश्यकता है?**

यदि हाँ, दुभाषिया ने:

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

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

दुभाषिया का नाम:

दुभाषिया कोड:

भाषा:

**C. रोगी/माता-पिता/कानूनी अभिभावक/अन्य व्यक्ति\*  
निम्नलिखित प्रक्रिया(ओं) का अनुरोध करते हैं।**

Transvaginal ultrasound

**D. ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड कराने वाले रोगी के लिए विशेष जोखिम**

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

**E. ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड ना करवाने वाले रोगी के लिए विशेष जोखिम**

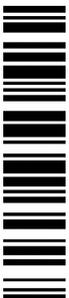
(के न होने पर चिकित्सक/क्लिनिकल विशेष जोखिमों को लिखें [प्रक्रिया शीर्षक]):

**F. वैकल्पिक उपचार के विकल्प**

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

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v3.00 [Translated: 2022]  
Clinical content review: 2017  
Clinical check: 11/2020  
Published: 05/2021



SW9459

TRANSVAGINAL ULTRASOUND CONSENT



Queensland  
Government

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

## Transvaginal Ultrasound Consent (Hindi) - ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड सहमति

### G. चिकित्सक/क्लिनिकल निशान के लिए सूचना

इस सहमति फॉर्म में दी गई जानकारी चिकित्सक/क्लिनिकल निशान और रोगी / और रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \* के बीच सीधे संवाद का विकल्प नहीं है।

इस सहमति फॉर्म में दी गई जानकारी चिकित्सक/क्लिनिकल निशान और रोगी / और रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \* के बीच सीधे संवाद का विकल्प नहीं है।

चिकित्सक/क्लिनिकल निशानका नाम:

पद:

हस्ताक्षर:

तारीख:

### H. रोगी / विकल्प निर्णय निर्माता की सहमति

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

- "ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड" रोगी सूचना पत्र
- मेरी / बच्चे की स्वास्थ्य स्थिति और प्रस्तावित उपचार, अतिरिक्त उपचार की संभावना भी शामिल है
- प्रक्रिया के विशेष जोखिम और लाभ
- रोग निदान और प्रक्रिया ना करवाने के जोखिम
- वैकल्पिक उपचार के विकल्प
- कोई गारंटी नहीं है कि प्रक्रिया से सुधार होगा स्वास्थ्य स्थिति में सुधार होगा।
- इस प्रक्रिया में रक्त आधान शामिल हो सकता है
- कि ऊतक / रक्त को लिया जा सकता है और स्थिति के निदान / प्रबंधन के लिए उपयोग किया जा सकता है
- कि अगर प्रक्रिया / उपचार/जाँच/निरीक्षण के दौरान कुछ ऐसा होता है जिससे जान को खतरा हो तो अच्छे नैदानिक तरीकों से और मेरे / बच्चे के सर्वोत्तम हितों के अनुसार स्वास्थ्य देखभाल प्रदान की जाएगी
- अगर प्रक्रिया के दौरान कोई जानलेवा घटना होती है, तो मेरा इलाज दर्ज की गई बात के आधार पर होगा (जैसे कि AHD or ARP [ एक्यूट रिससिटेशन प्लान ])
- किसी डॉक्टर / विशेषज्ञ के अलावा कोई एक चिकित्सक / क्लिनिकल निशान नैदानिक रूप से उपयुक्त प्रक्रिया / उपचार / जाँच / परीक्षण में सहायता / संचालन कर सकता है, यह एक डॉक्टर / चिकित्सक हो सकता है जो निगरानी अधीनप्रशिक्षण प्राप्त कर रहा हो।
- यदि चिकित्सक / क्लिनिकल निशान प्रक्रिया के दौरान वीडियो, ऑडियो या छवियों को रिकॉर्ड करना चाहते हैं, जहाँ 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 पहुँच, परिणाम या अधिकारों को प्रतिकूल रूप से प्रभावित नहीं करेगा।

मैं डॉक्टर / क्लिनिकल निशान से 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/क्लिनिकल निशान के परामर्श से होना चाहिए)।

मुझे/ माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \*को निम्नलिखित सहमति और रोगी सूचना पत्र प्राप्त हुए हैं:

"ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड"

उपरोक्त कथनों के आधार पर,

1) मैं / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \* ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड के लिए सहमति।

रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति का नाम \*:

हस्ताक्षर:

तारीख:

यदि रोगी बच्चा/छोटा है:

मुझे ऐसे किसी भी कानूनी या अन्य कारण से का पता नहीं है जो मुझे इस उपचार के लिए इस बच्चे / युवा व्यक्ति के लिए अप्रतिबंधित सहमति देने से रोकता है (यदि बच्चा / युवा व्यक्ति इलाज के लिए सहमति देने में सक्षम है और इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करता है तो यह लागू नहीं होता)।

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

प्रशिक्षण लेने के उद्देश्य से, एक नैदानिक छात्र, चिकित्सा परीक्षण (ओं) या प्रक्रिया (ओं) का निरीक्षण कर सकता है और जब रोगी बेहोशी की दवा के प्रभाव में हो तो रोगी / विकल्प निर्णय-निर्माता की सहमति के आधार पर एक रोगी के परीक्षण या प्रक्रिया में सहायता / संचालन कर सकता है।

मैं / माता पिता, कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \*प्रशिक्षण अधीन एक नैदानिक छात्र/छात्रों को सहमति देते हैं कि :

- जाँच प्रक्रिया का निरीक्षण करे  हाँ  नहीं
- जाँच प्रक्रिया में सहायता करे  हाँ  नहीं
- जाँच प्रक्रिया का संचालन करे  हाँ  नहीं

## Transvaginal ultrasound (Hindi) - ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड

Adult and Child/Young Person | Informed consent: patient information

इस फॉर्म की एक नकल रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \*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. एक ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड क्या है और यह मुझे / रोगी को कैसे मदद करेगा?

अल्ट्रासाउंड स्कैन उच्च आवृत्ति (अल्ट्रासोनिक) ध्वनि तरंगों का उपयोग आंतरिक अंगों को देखने के लिए करते हैं।

एक ट्रांसड्यूसर द्वारा अल्ट्रासाउंड तरंगों को प्रसारित किया जाता है और एक डिस्प्ले स्क्रीन पर चित्र प्राप्त करने के लिए अल्ट्रासाउंड मशीन में वापस रिले किया जाता है।

एक ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड स्कैन में योनि के अंदर एक विशेष रूप से डिज़ाइन किए गए ट्रांसड्यूसर को रखा जाता है। गर्भाशय और अंडाशय पैट की सतह के काफीनीचे होते हैं। योनि में ट्रांसड्यूसर को डाल कर इन श्रोणि अंगों को नज़दीक से (और अधिक विस्तृत चित्र) देखा जा सकता है। एक ट्रांसवैजाइनल स्कैन करने में आमतौर पर 10-15 मिनट लगते हैं, लेकिन कभी-कभी अधिक समय लग जाता है। यदि आप स्कैन को जारी नहीं रखना चाहते हैं तो इसे किसी भी समय रोका जा सकता है।

आपको ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड स्कैन के दौरान थोड़ा दर्द और बेआरामी महसूस हो सकती है। यदि स्कैनिंग दर्द वाले हिस्से में की जाती है, तो आप कुछ दबाव भी महसूस हो सकता है। यदि स्कैन से आपको हल्के दर्द से कुछ अधिक होता है, तो कृपया सोनोग्राफर / डॉक्टर को बताएं।

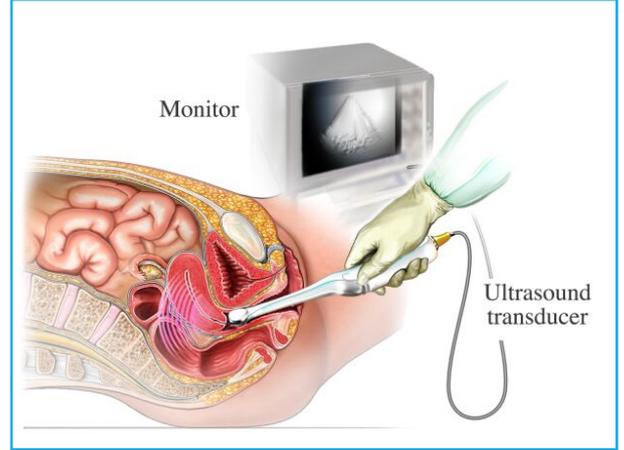


Image 1: Transvaginal ultrasound.

Illustration Copyright © 2019 Nucleus Medical Media, All rights reserved. [www.nucleusmedicalmedia.com](http://www.nucleusmedicalmedia.com)

### प्रक्रिया के लिए तैयारी

आपको ट्रांसवैजाइनल स्कैन से पहले शौचालय जाने के लिए और अपने मूत्राशय को खाली करने के लिए कहा जाएगा। आपको अस्पताल का गाउन पहनना पड़ सकता है। यदि आपने टैम्पोन या मासिक धर्म कप पहना है, तो इसे निकालना पड़ेगा।

### प्रक्रिया के दौरान

कमरे में कम रोशनी की जाएगी ताकि चित्रों को अल्ट्रासाउंड डिस्प्ले स्क्रीन पर स्पष्ट रूप से देखा जा सके।

ट्रांसड्यूसर के ऊपर एक सुरक्षा कवच या कंडोम लगाया जाएगा और उस पर चिकनाई के लिए जैल लगाई जाएगी, जिससे ट्रांसड्यूसर को आसानी से अंदर डाला जा सके।

आपको एक जाँच काउच पर लेटने के लिए कहा जाएगा। आपको अपने आप को ढकने के लिए एक चादर दी जाएगी।

आपको अपनी टाँगों को मोड़ने के लिए कहा जाएगा और ट्रांसड्यूसर को योनि में डाला जाएगा। सोनोग्राफर / डॉक्टर आपको ट्रांसड्यूसर अंदर डालने में सहायता करने के लिए कह सकते हैं। कृपया कर्मचारियों को बताएं यदि आपको लेटेक्स से एलर्जी है।

श्रोणि की संरचनाओं को देखने के लिए सोनोग्राफर / डॉक्टर को पूरे परीक्षण के दौरान ट्रांसड्यूसर को हिलाने की

आवश्यकता होगी।

यदि आपको जाँच के दौरान कोई परेशानी होती है तो कृपया जाँच कर रहे सोनोग्राफर / डॉक्टर सूचित करें।

## 2. जोखिम क्या हैं?

ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड करने के कोई ज्ञात जोखिम नहीं हैं। ट्रांसड्यूसर को हर बार प्रयोग करने के बाद एक उच्च-स्तरीय कीटाणुनाशक से साफ किया जाता है और एक बार इस्तेमाल किए जाने वाले ट्रांसड्यूसर कवर या कंडोम के साथ ढका जाता है।

आपकी व्यक्तिगत स्थिति और परिस्थितियों के अनुसार अतिरिक्त जोखिम हो सकते हैं। कृपया अपने सोनोग्राफर / डॉक्टर से इस बारे में बात करें और यह सुनिश्चित करें कि हस्ताक्षर करने से पहले ये जोखिम सहमति फॉर्म में लिखे गए हों।

इस प्रक्रिया में बेहोशी की दवाई की आवश्यकता नहीं होती है।

## ट्रांसवैजाइनल अल्ट्रासाउंड न करवाने के जोखिम क्या हैं?

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

यदि आप प्रक्रिया नहीं करवाते, तो आपको सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता नहीं होगी।

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

## 3. क्या कोई विकल्प हैं?

एक प्रक्रिया करवाने का निर्णय लेने के लिए रोगी / विकल्प निर्णयकर्ता को उपलब्ध विकल्पों को समझने की आवश्यकता होती है। कृपया सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले अपने चिकित्सक / क्लिनिकन के साथ किसी भी वैकल्पिक उपचार विकल्पों के बारे में विचार विमर्श करें।

## प्रक्रिया के बाद क्या होगा?

आपकी स्वास्थ्य सेवा टीम आपसे इस बारे में बात करेगी कि आपकी प्रक्रिया के बाद और अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद क्या करना है।

## 5. प्रक्रिया कौन करेगा?

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

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

यदि आपको इस बारे में कोई चिंता है कि कौन सा चिकित्सक / क्लिनिकन प्रक्रिया कर रहा है, तो कृपया डॉक्टर / क्लिनिकन से इस बारे में बात 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 जबकि 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 प्रशिक्षण के उद्देश्य। किया जा रहा हो

## 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](http://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।

कर्मचारी मरीजों की सांस्कृतिक और आध्यात्मिक आवश्यकताओं में सहायता के लिए उपलब्ध हैं। यदि आप सांस्कृतिक या आध्यात्मिक सहायता चाहते हैं, तो कृपया अपने डॉक्टर / चिकित्सक 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

सम्बन्धी, इलाज के विकल्प और प्रस्तावित प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षा के बारे में कोई प्रश्न हैं तो कृपया आप डॉक्टर / क्लिनिशियन से पूछें प्रस्तावित प्रक्रिया / उपचार / जांच / 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)