



Queensland  
Government

## Consent (Hindi)

Child/Young Person (under 18 years)

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 हालांकि रोगी एक बच्चा / युवा व्यक्ति है, रोगी सूचित सहमति देने में सक्षम हो सकता है और पर्याप्त परिपक्वता, समझ और बुद्धिमत्ता रखता/ रखती है जिससे प्रस्तावित प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षा के स्वभाव, परिणामों और जोखिमों को पूरी तरह से समझने में सक्षम हो जाता है। 'Gillick competence' (Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority[1986]AC 112)

→ सेक्शन B पर जाएं

नहीं माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \* जिसके पास माता-पिता के अधिकार और जिम्मेदारियाँ हों, इस फॉर्म को भरें और सहमति प्रदान करें।

→ सेक्शन A पूरा करें

\* औपचारिक व्यवस्था, जैसे कि पालन-पोषण / जिम्मेदारी के आदेश, गोद लेने, या अन्य औपचारिक रूप से मान्यता प्राप्त देखभालकर्ता / संरक्षकता की व्यवस्था। ब्रिंसलैंड हेल्थ 'ग्राइड 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 →  अदालत का आदेश सत्यापित

कानूनी अभिभावक →  दस्तावेज़ सत्यापित

अन्य व्यक्ति\* →  दस्तावेज़ 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 को पढ़ कर सुनाया

टेलीफोन पर सूचित सहमति फॉर्म का अनुवाद किया

दुभाषिया का नाम:

.....

दुभाषिया कोड:

भाषा:

.....

.....

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

[प्रक्रिया शीर्षक]

.....

प्रक्रिया की जगह/ हिस्सा

.....

क्या यह एक अंतरंग प्रक्रिया है?

हाँ (भाग H प्रश्न 2 को पूरा करें)  नहीं

मेडिकल बोर्ड ऑफ ऑस्ट्रेलिया के दिशानिर्देशों 'डॉक्टर-रोगी संबंध में यौन सीमाएँ का संदर्भ लें।

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

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

.....

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

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

.....

### F. वैकल्पिक उपचार के विकल्प

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

.....

### G. डॉक्टर/चिकित्सक 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।

मैंने रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति\* को इस फॉर्म में दी गई जानकारी दे दी है और मेरी राय यह है कि इसकी समझ लग गई है।

चिकित्सक/क्लिनिकल निशान का नाम:

.....

पद:

.....

हस्ताक्षर:

तारीख:

.....

.....



Queensland  
Government

## Consent (Hindi)

Child/Young Person (under 18 years)

(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
- अतिरिक्त उपचार की संभावना सहित, मेरी / बच्चे की स्वास्थ्य स्थिति और प्रस्तावित उपचार
- प्रक्रिया के विशेष जोखिम और लाभ
- रोग निदान और प्रक्रिया न 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
- निदान के लिए ऊतकों / रक्त को लेकर उपयोग किया जा सकता है हालत का प्रबंधन
- 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।
- किसी परामर्शदाता / विशेषज्ञ के अलावा कोई एक चिकित्सक / क्लिनिकन नैदानिक रूप से उपयुक्त प्रक्रिया / उपचार / जाँच / परीक्षण में सहायता / संचालन कर सकता है, यह एक चिकित्सक/क्लिनिकन हो सकता है जो निगरानी अधीनप्रशिक्षण 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 डॉक्टर / क्लिनिकन 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 डॉक्टर / चिकित्सक के परामर्श से होना चाहिए)।

**मुझे/ माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \*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 / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \* सहमति देते हैं कि [प्रक्रिया शीर्षक]**

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

हस्ताक्षर:

तारीख:

- 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) पेशेवर प्रशिक्षण उद्देश्यों के लिए छात्र परीक्षण / प्रक्रिया:**

जब रोगी बेहोशी की दवा के प्रभाव में हो तो प्रशिक्षण लेने के उद्देश्य से, एक नैदानिक छात्र, चिकित्सा परीक्षण (ओं) या प्रक्रिया (ओं) का निरीक्षण कर सकता है और रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति की सहमति पर आधारित, किसी परीक्षण या प्रक्रिया में सहायता / संचालन कर सकता है।

मैं / माता-पिता, कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \* एक नैदानिक छात्र, जो प्रशिक्षण प्राप्त कर रहा है, के लिए सहमति देते हैं :

- जाँच(जाँचों)/ प्रक्रिया (प्रक्रियाओं) का निरीक्षण करें  हाँ  नहीं
- जाँच (जाँचों)/ प्रक्रिया (प्रक्रियाओं) में सहायता करें  हाँ  नहीं
- जाँच (जाँचों)/ प्रक्रिया (प्रक्रियाओं) करें  हाँ  नहीं

# Consent (Hindi)

Child/Young Person (under 18 years) | 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. 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 लिए विशेष जोखिम भी हो सकते हैं और। कृपया डॉक्टर / चिकित्सक 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 उपचार की आवश्यकता पड़ सकती है
- 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।
- कुछ बीमारियों और दवाओं में, जिसमें पूरक दवाएँ भी शामिल हैं, खून के जमने को प्रभावित करने की क्षमता होती है। आमतौर पर प्रभावित दवाओं की एक सूची यहां से मिल सकती है [www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner](http://www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner)
- फेफड़े के कुछ थोड़े से भाग खराब सकते हैं, 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।

(प्रक्रिया के अनुसार जोखिमों के अनुकूल हों)

## 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
- पैर 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 गया है। कोई भी चिंता होने पर चिकित्सक/क्लिनिकन के साथ बात करें।

यदि आपको बेहोशी की दवा के लिए जानकारी पत्र नहीं दिया गया है, तो कृपया मांग 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/क्लिनिकन 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 / क्लिनिकन से संपर्क करें।



## 3. क्या कोई विकल्प हैं?

प्रक्रिया करवाने का निर्णय लेने के लिए रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति \*को उपलब्ध विकल्पों को समझने की आवश्यकता होती है। सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले अपने चिकित्सक / क्लिनिकन 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 / क्लिनिकन चिकित्सकीय उपयुक्त प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षण में सहायता / संचालन कर सकता है।

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

यदि आपको इस बारे में कोई चिंतित हैं कि कौन से चिकित्सक / क्लिनिकन प्रक्रिया करेगा, तो कृपया डॉक्टर / चिकित्सक 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 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।

आप [www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner](http://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 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

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 डॉक्टर / क्लिनिकल से पूछें।



## 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, दिन में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दिन।