



## **Policy & SOP of Informed Consent at Liaquat University Hospital Hyderabad/ Jamshoro**

List of following procedures before which informed consent should be taken.

- All major surgeries.
- All minor surgeries leading anesthesia.
- Needle Biopsy liver
- Endoscopy
- Radiation Therapy
- Chemotherapy
- Electro Convulsive Therapy.
- Blood Transfusion.

**Note:** All Informed consent should be taken by on duty doctor or staff nurse in patient native language in presence of one witness who may be above 18 years adult patient's relative or another colleague, Nurse or Doctor. In Case of minor 18 years of age informed consent should be taken from parents or guardian.

مريض جي شناخت:  
ايم آر نمبر:

## CONSENT FORM

### لياقت يونيورسٽي اسپتال Liaquat University Hospital

اٺون \_\_\_\_\_ ولد / بنت / زال MR/NO: \_\_\_\_\_

ڊاڪٽر \_\_\_\_\_ ۽ ان جي ٽيم مون کي \_\_\_\_\_ آپريشن جي هر فائدي ۽ نقصان کان آگاهه ڪيو آهي جيڪو منهنجي لاءِ فائديمند آهي اٺون پنهنجي مرضي سان اجازت ڏيان ٿو/ ٿي ته جيڪو سرجيڪل پروسيجر ڊاڪٽر صاحب ۽ ان جي ٽيم ڪن پيا اهو منهنجي حق ۾ بهتر آهي ان لاءِ بيهوش ڪرڻ به لازمي آهي ان لاءِ ايمرجنسي بنياد تي ڪابه پيچيدگي ٿئي ته ڪو ٻيو پروسيجر ڊاڪٽر صاحب ڪرڻ چاهن ته ان جي به اجازت هوندي. آپريشن دوران رت جي گهٽتائي ساھه ۾ تڪليف ٿيڻ ۽ ان دوران رت جي منتقلي ڪرڻ جيڪو منهنجي علاج لاءِ ضروري هجي ان جي اٺون اجازت ڏيان ٿو/ ٿي.

ڊاڪٽر \_\_\_\_\_ اور ان کي ٽيم نے مجھے \_\_\_\_\_ آپريشن کے ہر فائدہ اور نقصان سے آگاہ ڪيا ہے جو ميرے لئے فائدے مند ہے میں اپنے مرضي سے اجازت ديتا ہوں جو بھی سرجيڪل پروسيجر ڊاڪٽر صاحب اور ان کي ٽيم ڪرے گی وہ ميرے حق میں بهتر ہے اس ليے بے ہوش ڪرنا لازمي ہے اس میں ايمرجنسي بنياد پے کوئی بهي پيچيدگي هونئی هونئی تو کوئی بهي پروسيجر ڊاڪٽر صاحب ڪرنا چاهے تو اس کے ليے بهي اجازت هونگی آپريشن کے دوران خون کي کمی، سانس میں تڪليف اور اس دوران خون کي منتقلي ڪرنا جو همارے علاج کے لئے ضروري هواس کي میں اجازت ديتا ہوں۔

1 ڊاڪٽر کا نام \_\_\_\_\_ 2 اسٽاف نرس کا نام \_\_\_\_\_

دستخط \_\_\_\_\_ دستخط \_\_\_\_\_

مريض يا ان کي رشتيدار کے اجازت نامہ پر دستخط يا انگوٹھے کا نشان۔

گواہ کا نام \_\_\_\_\_ وقت \_\_\_\_\_

دستخط \_\_\_\_\_ تاريخ \_\_\_\_\_

مريض \_\_\_\_\_ اجازت دینے والا \_\_\_\_\_

نوٹ:

- 1- اس فارم کے مقصد کو مد نظر رکھتے ہوئے جو بھی آپریشن / یا سرجیکل پروسیجر کرنے کا سمجھا جائے۔
- 2- آپریشن کے 30 دن تک یہ فارم کارآمد ہے۔
- 3- اگر مریض جسمانی / دماغی طور پر کمزور اور بے ہوشی کی صورت میں ہے تو اس کا کوئی بھی رشتہ دار یہ فارم بھر سکتا ہے۔
- 4- لیاقت یونیورسٹی ہسپتال کے عملے کی اس پروسیجر کی تصویریں لینے کی اجازت ہے یا نہیں۔
- 5- مریض یا ان کا رشتہ دار کے اجازت نامہ پر دستخط یا انگوٹھے کا نشان۔
- 6- اگر اجازت نامہ دینے والا دستخط نہیں کر سکے تو سیدھے یا الٹے ہاتھ کے انگوٹھے کا نشان ہونا لازمی ہے۔

Duty Doctor Name: \_\_\_\_\_

Staff Nurse Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Witness Name: \_\_\_\_\_

CNIC: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_