

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

This is to certify that the information in the attached documents is verified by me and is true to the best of my knowledge.

Principal
KMCT Medical College
Manassery P.O.
Kozhikode Principal





Consent form



KMCT MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

Manassery P.O., Mukkam Kozhikode - 673 602, Kerala Phone: 2293500

Consent form for Anaesthesia and Related Procedures

I, ... IP. No. agree to the use of
aesthetic Procedure, General/Spinal/Epidural/Local/Monitored anaesthesia care that have been told about by
the anaesthesiologist, Dr.

I have fully understood the procedure, and the complications that may arise. I understand that the doctor who
explained this to me need not perform the procedure.

I/ the patient may require additional treatment for pain besides the anesthetic. Such pain relief may be given by
injection, mouth or by rectal suppository before, after or during the operation.

Surgery, anaesthesia and pain relievers may slow my/ patient responses and understand that I /the patient
should not engage in activities requiring those responses until they are fully recovered. I/the patient should not
cross road unattended, drive vehicles or operate machinery for at least 24 hours after surgery.

I understand that any procedure in addition to the procedure described, will only be carried out if it is necessary
and in my/the patient's best interests, and it can be justified for medical reasons.

I have told the anaesthesiologist about the procedures, I would not wish to be carried out and these are listed
here.

1

2

The risk for anaesthesia is increased due to

1

2

The patient needs ICU care in the post OP period

.....
Name and Signature of the patient/patient's relative / guardian

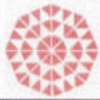
.....
(Relationship, if signed by a person other than the patient)

Date:

Name & Signature of the Anaesthesiologist with Reg No.



Principal
KMCT Medical College
Manassery P.O.
Kozhikode



Consent for HIV testing form

 **KMCT**
MEDICAL COLLEGE HOSPITAL
Manassery P.O., Mukkam - 673 602, Kozhikode, Ph : 0495-2293500, Email: kmctmch@gmail.com

CONSENT FOR HIV TESTING BARCODE STICKER

Doctor's Name
I.....have been given oral and written educational information for HIV Antibody Testing. I have been informed that a sample of my blood will be drawn and tested to detect HIV antibodies. I have been informed of the purpose, potential uses of the test and the consequences of not having the test done in language which I can understand. I have been given the opportunity to ask questions and all the questions have been answered to my satisfaction.

Signature: _____ Date: _____
Thumb impression: _____ Time: _____

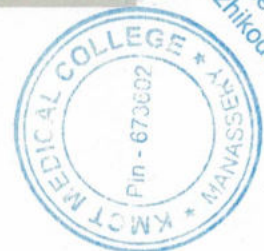
CONSENT OF THE PATIENT REPRESENTATIVE / SURROGATE

The patient is unable to consent because.....
and I.....(Name/ Relationship to the patient) therefore consent for the patient. I acknowledge that I have had an opportunity to discuss this procedure, as stated above, with the doctor or doctor's designee, and hereby consent to this procedure.

	Name	Signature	Date	Time
Patient representative with relationship				
Witness				

Counseled by (Name & Sign) _____

[Handwritten signature]



Principal
KMCT Medical College
Manassery P.O.
Kozhikode



Blood donation form part 1

കെ.എം.സി.ടി. മെഡിക്കൽ കോളേജ് ഹോസ്പിറ്റൽ ബ്ലഡ് ബാങ്ക് യൂണിറ്റ്
മണാശ്ശേരി പി.ഒ.

മുക്കം - കോഴിക്കോട് - 673 602; ഫോൺ: 0495 2293500

ദത്തെനാ നബിസ്ട്രേഷൻ ഫോറം
(മരുന്ന്താൽപ്പര്യമില്ലാത്തവർക്ക്)

DNR NO: _____

പ്രിയ സുഹൃത്തേ,

താങ്കൾ രക്തം ദാനം ചെയ്യുന്നതിന് മുമ്പ് ദയവായി ഈ ഫോറം പൂരിപ്പിക്കുക. രക്തം നൽകുന്നവരുടെയും രക്തം സ്വീകരിക്കുന്നവരുടെയും സ്വകാര്യ ഉറപ്പുള്ളതായി താഴെപ്പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ശരിയായ ഉത്തരം നൽകുക. താങ്കൾ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ തികച്ചും ഹാസ്യരായി സ്വീകരിക്കുന്നതാണ്.

രക്തദാനവിന്റെ പേര് _____ വയസ്സ് _____ പുരുഷൻ / സ്ത്രീ.

രക്തം വിഭാഗം _____ പിൻകോഡ് _____

ഫോൺ നമ്പർ _____ ഇമെയിൽ _____

തൊഴിൽ _____ വിദ്യാഭ്യാസം _____

രോഗിയുടെ പേര് _____

1. സന്നദ്ധനായെങ്കിൽ ☐ പകരം ☐ പകരം എങ്കിൽ രോഗിയുടെ പേര് _____

2. മുമ്പ് രക്തം ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

ഉള്ളതെങ്കിൽ എന്ന്? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

മുമ്പ് രക്തം ദാനം ചെയ്തപ്പോൾ തലവരകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

3. മുമ്പ് രക്തദാനത്തിൽ നിന്നും വിരക്തിയിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

ഉണ്ട് എങ്കിൽ എന്ത് കാരണത്താൽ? _____

4. എപ്പോഴാണ് അവസാനമായി രക്തദാനം ചെയ്തത്? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

5. മദ്യം കുഴിച്ചിട്ടുണ്ടോ? (24 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

6. ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ വിവാഹോത്സവം ഉൾപ്പെടെ സമയത്തിൽ എൽപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

7. അപകടകരമായ ചെറുതാളം തീർത്താൽ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

സമ്പർക്കത്തിൽ _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

ഒന്നിലധികം ഉൾപ്പെടെ പങ്കാളികൾ _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

8. ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ ജയിൽശിക്ഷ അനുഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

9. പച്ചക്കുത്തൽ, അക്രമപാപം, ശരീരം തളർത്തൽ എന്നിവ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? (ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

10. രക്തദാനം, രക്തപ്രദാനം സ്വീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ? (ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

11. കഴിഞ്ഞ 12 മാസത്തിനുള്ളിൽ മരണാപ്തം / ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

12. ചെറിയ ശസ്ത്രക്രിയകൾ (6 മാസത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

13. വലിയ ശസ്ത്രക്രിയകൾ (12 മാസത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

14. കഴിഞ്ഞ 6 മാസത്തിനുള്ളിൽ ഒരു ചികിത്സക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

15. രക്തദാനം / രക്തപ്രദാനം ചികിത്സ? (ഒന്ന് വർഷത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

16. പ്രദഹനം / രക്തസമ്മർദ്ദം / ഹൃദയരോഗങ്ങൾ / അസ്ഥിരോഗം / മാനസികരോഗങ്ങൾ _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

17. കൾ രോഗങ്ങൾ / ഡയബറ്റിക് രോഗങ്ങൾ / അസ്ഥിരോഗങ്ങൾ _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

18. കഴിഞ്ഞ 3 വർഷത്തിനുള്ളിൽ മരണമുണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

19. മൈഗ്രേൻസ് (ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

20. സിഫിലിസ് / വയറ്റിപ്പുണ്ണി ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? (ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

21. ചികിത്സയിലായ / ഡെങ്കിപ്പനി ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? (6 മാസത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

22. മീസിൽസ് / ചിക്കൻപോക്സ് (ഒന്ന് ആഴ്ചകളുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

23. പനി / തൊണ്ടവേദന / ജലദാഹം (5 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

24. സിങ്ക വൈറസ് (4 മാസത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

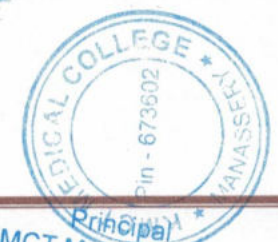
25. പനി / വയറിളക്കം (2 ആഴ്ചകളുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

26. വയറിളക്കം / അസാധാരണമായ തൂക്കക്കുറവ് / കഴുവ വീക്കം എന്നിവ ഉണ്ടോ? (6 മാസത്തിനുള്ളിൽ) _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

27. ഹൃദയം തുറന്നുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ / അർബുദ ശസ്ത്രക്രിയ _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

28. ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ പേ വിഷത്തിനുള്ള വാക്സിൻ എടുത്തിട്ടുണ്ടോ? _____ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

[Handwritten signature]





Blood donation form part 2

29. അപ്പോയന്റായ രോഗങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:

അമിതജലി / ക്വഷിം / കോർസർ / പോളിയോമൈലൈറ്റിസ് / അസാധാരണ കൈസ്തംഭം / സോറിയോസിസ് / മോണോനിയ / ത്വക്ക് രോഗങ്ങൾ / ശ്വാസരോഗ രോഗങ്ങൾ / കരീമ്പൻ / എച്ച്ഐവി / ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ബി / ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് സി / S.L.E / ന്യൂറോമ്യോസൈറ്റൈറ്റിസ് / അമിത രക്തസമ്മർദ്ദം / അമിത രക്തസമ്മർദ്ദം

ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

30. കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ Endoscopy ക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

31. ശരീരവ്യവസ്ഥയ്ക്ക് സ്വീകരിക്കുകയോ കൈയ്ക്കുവെക്കുകയോ നടത്തുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

32. അപ്പോയന്റായ പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പുകൾ (ഒന്ന് ആഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ) എടുത്തിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

Typhoid / Cholera / Papillomavirus / Influenza / Meningococcal / Pertussis / Pneumococcal / Polio
Injectable / Diphtheria / Tetanus / Plague

33. അപ്പോയന്റായ പ്രതിരോധ കുത്തിവെപ്പുകൾ (26 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ) എടുത്തിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

Polio Oral / Measles / Rubella / Mumps / Yellow fever / Hepatitis antitetanus serum / Antivenom serum / Antidiphtheria Serum / Anti gangrene serum

34. അപ്പോയന്റായ മരുന്നുകൾ വ്യക്തമാക്കുക / കഴിക്കുന്നുണ്ടോ?

ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

(a) Aspirin / NSAID (3 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ)

(b) ആന്റി ബയോട്ടിക്കുകൾ (7 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ)

(c) Ketoconazole / Antihelmintics

(d) Ticlopidine / Clopidogrel (2 ആഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ)

(e) Piroxicam / Dipyridamole (2 ആഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ)

(f) Finasteride

(g) Anticonvulsant / Anticoagulant / Cytotoxic Drugs / Cardiac failure drugs

(h) പോമിനോളൻ മരുന്നുകൾ

സ്ട്രീക്കുകൾ ഉണ്ടോ

ഗർഭം / ഗർഭച്ഛിദ്രം (12 മാസത്തിനുള്ളിൽ)

ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

തുലയുത്ഭവം / ആർത്തവം

ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐

സമ്മതപത്രം:

സ്വയംതയ്ക്കുന്ന രക്തം ദാനം ചെയ്യുവാനും ദാനം ചെയ്ത രക്തം ആശുപത്രിയിലെ രോഗികളുടെ ആവശ്യത്തിന് യഥേഷ്ടം ഉപയോഗിക്കുവാനും ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു.

രക്തദാനത്തിന്റെ പേര്, ഒപ്പ്

തീയതി

TO BE FILLED BLOOD BANK

Weight / Kg		Pulse	mte	BP	mm Hg
Temperature		Hb	g/dl	Blood group & Rh Type	
Accepted		Deferred		Rejected	

If rejected, reason for the rejection

Signature of MO


Principal
KMCT Medical College
Manassery P.O.
Kozhikode

