

INVESTIGATION, TREATMENT & PROCEDURE CONSENT FORM

परीक्षण, उपचार र उपचार प्रविधिसंग सम्बन्धित मञ्जुरीनामा

..... ठेगाना भै बर्ष को म/मेरो बिरामी (नाम)
लाई चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम रोग निदान र उपचारको लागि यस अस्पतालमा तपसिल बमोजिमको जाँच/परीक्षण/उपचार गराउन राजी छु । उक्त जाँच/परीक्षण/उपचारको प्रकृया, सम्भाव्य जोखिम र त्यसबाट उत्पन्न हुने असरहरुबारे मलाई सूचित गरिएबमोजिमको जानकारी छ । तपसिल बमोजिमको जाँच/परीक्षण/उपचार बारे पढी, बुझी उपचारका लागि म राजी छु ।

विभाग:

रोगको नाम:(diagnosis)

परीक्षण/उपचारको नाम: (test/name of the procedure).....

प्रकृया (procedure)

बेहोश बनाउने वा लठ्याउने विधि (local/regional/general anesthesia)

.....

सम्भाव्य जोखिम: दुखाई, रक्तश्राव, संक्रमण, बेहोसी, बेहोश बनाउने वा लठ्याउने औषधीको प्रभाव, जाँच वा उपचार गरिने अंगको छेउछाउमा भएको अंगमा पर्नसक्ने असर तथा मृत्यु

अन्य जोखिम:

मञ्जुरी: उपरोक्त बमोजिमको प्रकृया, जोखिम तथा सम्भाव्य जोखिमबाट उत्पन्न असरको उपचारमा समेत मेरो सहमति छ ।

हस्ताक्षर:

औँठा छाप:

बिरामी/अभिभावकको नाम:

नाता:

बिरामी/अभिभावकको ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

काउन्सिल र दर्ता नं:

मिति:

SURGICAL INTERVENTION CONSENT FORM

शल्यकृया उपचार प्रविधिसंग सम्बन्धित मञ्जुरीनामा

..... ठेगाना भै बर्ष को म/मेरो बिरामी (नाम)
लाई चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम यस अस्पतालमा बेहोस बनाई वा नबनाई तपसिल बमोजिमका चिकित्सक तथा चिकित्सक टोलीबाट सम्भव भएसम्मको आधुनिक प्रविधि प्रयोग गरी शल्यकृया (सर्जिकल) उपचार गराउन राजी छु । उक्त शल्यकृया गर्दा अपनाइने उपचारको प्रकृया, सम्भाव्य जोखिम र त्यसबाट उत्पन्न हुने असरहरुबारे मलाई सूचित गरिएबमोजिमको जानकारी छ । तपसिल बमोजिमको उपचार बारे पढी, बुझी उपचारका लागि म राजी छु ।

विभाग:

रोगको नाम (diagnosis)

उपचारको नाम (name of the operation)

प्रकृया (procedure)

बेहोश बनाउने वा लठ्याउने विधि (local/regional/general anesthesia)

.....

सम्भाव्य जोखिम: (प्रतिशतमा उल्लेख गर्ने)

1. दुखाई%
2. घाउ पाक्ने%
3. छातीको संक्रमण%
4. धेरै रगत बग्ने र त्यसको लागि पुनः शल्यक्रिया गर्नु पर्ने%
5. रगत पातलो बनाउने औषधिका समस्याहरु हुन सक्ने%
6. मुटुको चालमा खराबी आउने र पेसमेकर राख्नु पर्ने%
7. पक्षघात हुन सक्ने%
8. भेन्टिलेटरमा राख्नु पर्ने%
9. पुनः शल्यक्रिया गर्नु पर्ने%
10. मृत्यु हुन सक्ने%
11. अन्य जोखिमहरु

मञ्जुरी: उपरोक्त बमोजिमको प्रकृया, जोखिम तथा सम्भाव्य जोखिमबाट उत्पन्न असरको उपचारमा समेत मेरो सहमति छ ।

हस्ताक्षर:

औंठा छाप:

बिरामी/अभिभावकको नाम:

नाता:

बिरामी/अभिभावकको ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

काउन्सिल र दर्ता नं:

मिति:

Surgical Safety Checklist



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

Yes

Is the site marked?

Yes

Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

No

Yes

Difficult airway or aspiration risk?

No

Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

No

Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

Yes

Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

What are the critical or non-routine steps?

How long will the case take?

What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

Has sterility (including indicator results) been confirmed?

Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

Yes

Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

The name of the procedure

Completion of instrument, sponge and needle counts

Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)

Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

What are the key concerns for recovery and management of this patient?

ADMISSION CONSENT FORM

भर्नागरी उपचार गर्नका लागि सहमति

..... ठेगाना भै बर्ष को म/मेरो बिरामी (नाम)

लाई चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम यस अस्पतालमा जँचाई भर्नागरी अस्पतालमा उपचार गराउन इच्छा भएकोले भनिएबमोजिमको उपचारका लागि मेरो मञ्जुरी सहित सहीछाप गरेको छु । यसबारे सम्भाव्य जोखिम र त्यसबाट उत्पन्न हुने असरहरुबारे मलाई सूचित गरिएबमोजिमको जानकारी छ । उपचारको क्रममा मेरो/मेरो बिरामीको कुनै पनि बेला आकस्मिक रूपमा मुटुको चाल तथा सास रोकिन सक्ने अवस्था आएमा मुटुको चाल तथा सास ब्युताउन र भेन्टिलेटरमा राखि उपचार गर्न मेरो मंजुरी छ । माथि लेखिएबमोजिमको उपचारमा मेरो सहमति छ ।

मञ्जुरी: उपरोक्त बमोजिमको प्रकृया, जोखिम तथा सम्भाव्य जोखिमबाट उत्पन्न असरमा समेत मेरो सहमति छ ।

हस्ताक्षर:

औँठा छाप:

बिरामी/अभिभावकको नाम:

नाता:

बिरामी/अभिभावकको ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

उपरोक्त बमोजिमको स्वीकृति दिने

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

काउन्सिल र दर्ता नं:

मिति:

DO NOT RESUSCITATE (DNR) REQUEST FORM (for patient under treatment)

पुनर्जीवित नगर्ने अनुरोध (उपचाररत विरामीका लागि)

..... ठेगाना भै बर्ष को म/मेरो बिरामी (नाम)
लाई लागेको रोग तथा अवस्था बारे उपचारमा संलग्न चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीबाट सम्पूर्ण जानकारी गराईएको छ जसअनुसार उपलब्ध उपचार प्राविधिबाट सो रोग निकोहुने सम्भावना नदेखिएको, उपचार पश्चात गम्भिर बिकलाङ्ग हुने सम्भावना अत्यधिक भएको र उपचारको क्रममा कुनैपनि बेला मुटुको चाल तथा सास रोकिन सक्ने कुरा राम्रोसंग बुझाईएको छ । मुटुको चाल तथा सास रोकिन आएमा **इन्ट्युवेशन नगर्न, भेन्टिलेटरमा नराख्न र मुटुको चाल तथा सास ब्युताउने प्रविधि प्रयोग नगर्न** म र मेरो परिवारको सल्लाह बमोजिम यो निर्णय लिइएको छ । यो निर्णयका कारण बिरामीको ज्यान जोखिममा पर्न सक्ने कुरो मलाई थाहा छ र यसका कारण कुनै भवितव्य पर्नगएमा चिकित्सक तथा उपचारमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीलाई दोश दिने छैन भनि यो मञ्जुरीनामामा सहिछाप गरिदिएको छु ।

मञ्जुरी: उपरोक्त बमोजिमको प्रकृया, जोखिम तथा सम्भाव्य जोखिमबाट उत्पन्न असरमा समेत मेरो सहमति छ ।

हस्ताक्षर:

औंठा छाप:

बिरामी/अभिभावकको नाम:

नाता:

बिरामी/अभिभावकको ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

उपरोक्त बमोजिमको अनुरोध स्वीकृति दिने

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

काउन्सिल र दर्ता नं:

मिति:

DO NOT INTUBATE & DO NOT RESUSCITATE (DNI/DNR) REQUEST
(for general condition)

भेन्टिलेटरमा नराख्ने र मुटुको चाल तथा सास नब्युताउने अनुरोध (सामान्य अवस्थाका लागि)

..... ठेगाना भै बर्ष को म/मेरो बिरामी (नाम)
को स्वास्थ्य अवस्था बारे उपचारमा संलग्न चिकित्सकबाट सम्पूर्ण जानकारी गराइएको छ । उपचारको क्रममा मेरो/मेरो विरामीको कुनै पनि बेला मुटुको चाल तथा सास रोकिन सक्ने कुरा मलाई जानकारी छ । उपरोक्त बमोजिमको अवस्था आएमा इन्ट्युवेशन नगर्न, भेन्टिलेटरमा नराख्न र मुटुको चाल तथा सास ब्युताउने प्रविधि प्रयोग नगर्न अनुरोध छ । यसबारे सम्भाव्य जोखिम र त्यसबाट उत्पन्न हुने असरहरूबारे मलाई सूचित गरिएबमोजिमको जानकारी छ । यसका कारण विरामीको मृत्यु भएमा वा अन्य जटिलता आएमा अस्पताल तथा उपचारमा संलग्न चिकित्सक कसैलाई दोष दिने छैन ।

मञ्जुरी: उपरोक्त बमोजिमको कृत्याका कारण हुने जोखिम तथा सम्भाव्य जोखिमबाट उत्पन्न असरमा समेत मेरो सहमति छ ।

हस्ताक्षर:

औंठा छाप:

बिरामी/अभिभावकको नाम:

नाता:

बिरामी/अभिभावकको ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

उपरोक्त बमोजिमको स्वीकृति दिने

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

काउन्सिल र दर्ता नं:

मिति:

DISCHARGE ON REQUEST (DOR)

अन्यत्र उपचार गर्नका लागि सहमति

..... ठेगाना भै बर्ष को म/मेरो बिरामी (नाम)

लाई चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम यस अस्पतालमा जँचाई भर्ना गरिएकोमा यस अस्पतालमा **शैया खाली नभएको/उपचारमा चित्त नबुझेको/अन्य अस्पतालमा उपचार गराउने इच्छा भएको/घर लगेर उपचार गराउने इच्छा भएको**ले विरामी डिस्चार्ज गरि पाउनका लागि मेरो मञ्जुरी सहित सहीछाप गरेको छु । यसका कारण विचमा केही भैपरी आएमा अस्पताल तथा उपचारमा संलग्न चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी तथा अस्पताल कसैलाई दोष दिने छैन । यसबारे सम्भाव्य जोखिम र त्यसबाट उत्पन्न हुने असरहरूबारे मलाई सूचित गरिएबमोजिमको जानकारी छ । तपसिल बमोजिमको जाँच/परीक्षण/उपचार बारे पढी, बुझी उपचारका लागि म राजी छु ।

विभाग: अस्पताल सैया नं.

रोगको नाम:(diagnosis)

मञ्जुरी: उपरोक्त बमोजिमको प्रकृया, जोखिम तथा सम्भाव्य जोखिमबाट उत्पन्न असरमा समेत मेरो सहमति छ ।

हस्ताक्षर:

औंठा छाप:

बिरामी/अभिभावकको नाम:

नाता:

बिरामी/अभिभावकको ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

उपरोक्त बमोजिमको स्वीकृति दिने

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

काउन्सिल र दर्ता नं:

मिति:

MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

I hereby certify that the individual whose particulars are given below died on year month day Time at (hospital/clinic/on the way to hospital/residence).

Name of deceased: Sex

Date of birth (in BS) (in AD)

Age at the time of death: years months days

Permanent address

Temporary/Current address

Date and time of hospital attendance: year month day

If admitted: Hospital No. Department Ward Bed No.

CAUSE OF DEATH

I. Immediate cause of death (Disease or condition directly leading to death) and its duration (*This does not mean the mode of dying e.g., cardiac arrest. It means the disease, injury or complication that caused death*)

a.

II. Antecedent causes and duration of such causes. (Morbid conditions, if any, giving rise to above cause). State the underlying condition.

a.

b.

III. Other significant conditions contributing to death but not directly related to the disease or condition causing death and duration of such condition.

a.

b.

If the deceased is female (mention whether death was associated with

pregnancy/delivery)

.....

Signature:

Counter signature: (optional)

Name of the doctor:

Name of the doctor:

NMC registration No.:

NMC registration No.:

Specialty:

Specialty:

Designation:

Designation:

TO BE COMPLETED BY NURSE OR A PARAMEDIC

Nearest relative:

Relationship:

Relative notified: Yes/No

Manner of disposal of body: Relative/ Mortuary

Name of nurse/paramedic:

Signature of nurse/paramedic:

Council & Registration No.:

TO BE COMPLETED BY NURSE/PARAMEDIC/ADMISSON/DISCHARGE OFFICE

Body received by (Name and signature):

Body dispatched by:

Official Seal:

INSTRUCTION FOR DOCTORS FOR COMPLETING DEATH NOTICES

1. This form is designed according to the recommendations of Medical Certificate of Cause of Death suggested by WHO 1979.
2. Define the events leading to death as accurately as possible, giving the immediate cause first & giving approximate times between the onset of each process & death as closely as possible.
3. Avoid all vague terms like exhaustion, asthenia, etc.
4. On the first line, you may give a recognized pathophysiological state, e.g., congestive cardiac failure, pulmonary edema, respiratory failure, peripheral circulatory failure (shock), cardiac arrhythmia or gastrointestinal hemorrhage. However, on the next line you must give the disease causing such a state. Example- cardiac arrest (instantaneous), myocardial infarction (duration), ischemic heart disease (duration), pulmonary tuberculosis (duration)
5. Give as much details as possible in condensed form, e.g., rheumatic mitral valve stenosis, gastric erosion due to aspirin, head injury sustained by passenger in a car crash, etc.
6. The doctor on duty should always sign the form with full name and NMC number.

PRESCRIPTION SAMPLE

Date:

Patient Name:

Age: years Male/Female

Chief complaints:

Provisional/Differential/Final Diagnosis:

Dispensing information:

1. Tab. Paracetamol 500 mg
One tablet oral 6 hourly for 5 days (1x4x5)
○ - ○ - ○ - ○
2. Tab
3. Inj. mg/ml
ID/SC/IM/IV 12-hourly for 3 days

Possible important side effects:

Advice:

Follow up plan:

Signature

Full Name

Council & Registration No.:

Do write prscription in readable letters.