



100 वर्षों तक स्वस्थ,
सुखी व सम्पन्न जीने के लिए



JEENA SIKHO LIFECARE LIMITED

JAIPUR, E-19, New light Colony, Gopal Pura Mod, Under Bhaskar Flyover
Contact No.: 95726-95726, Email ID: shuddhihospital.jaipur@jeenasikho.co.in

Ref. No.

Dated 04/09/22

NC12/ PRE 4 C: The list of situations for informed consents needs to be verified and inserted in the existing Informed consent form

- As per the guidance given by the assessor sir, the process for taking informed consent shall specify the various steps involved with the responsibility. A list of procedures should be made for which informed consent should be taken means pre procedure consent. Form attached for your reference

Dr. Sharm
JEENA SIKHO LIFECARE LTD.
E-19, NEW LIGHT COLONY
UNDER BHASKAR FLYOVER
JAIPUR-302018 (RAJASTHAN)

SHUDDHI AYURVEDA PANCHKARMA HOSPITAL

(A Unit of Jeena Sikho Lifecare Ltd)

(E-19, NEW LIGHT COLONY GOPAL PURA MOD UNDER BHASKAR FLYOVER JAIPUR RAJASTHAN)

UHID.....JS047..... OPD.....011..... Room No.....02..... Date.....8/9/21.....

Patient Record & Panchkarma Consent Form

Patient's Name (रोगी का नाम) Nandini Kumar
 Father's/ Husband's Name (पिता/पति का नाम) Vijay Kumar
 Date (दिनांक) 8/9/21 Age (उम्र) 38 Sex (लिंग) Female
 Address & Phone no. (पता एवं फोन नं.) Maharaja Park Durgapura 7568982403
 Treatment Benefits (उपचार के लाभ) Abhyangam helps to reduced pain & and maintain health
 Risk (जोखिम) Sometimes pain increased and redness of skin (Rashes)
 Alternative (विकल्प) Apply Jalgadi oil + Aloe gel

हमें हमारी थैरेपी के बारे में पूर्णतः बता दिया गया है एवं थैरेपी के आने वाले उपद्रवों के बारे में भी बता दिया गया है।

जैसे :-

घुटनों में सूजन	<input type="checkbox"/>	झनझनाहट	<input type="checkbox"/>
पैरों में दर्द	<input type="checkbox"/>	अकड़न	<input checked="" type="checkbox"/>
पेट में भारीपन	<input type="checkbox"/>	सुन्नपन	<input type="checkbox"/>
कमर में दर्द	<input type="checkbox"/>	उल्टी	<input type="checkbox"/>
दर्द में वृद्धि	<input checked="" type="checkbox"/>	दस्त	<input type="checkbox"/>
बुखार आना	<input checked="" type="checkbox"/>	बी.पी कम होना	<input type="checkbox"/>

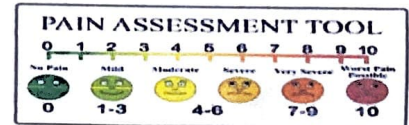
आदि के बारे में डाक्टर द्वारा अवगत करा दिया गया है। मैं स्वतः अपनी इच्छानुसार अपनी होनी वाली थैरेपी अभ्यंग, स्वेदन
PPS, Janu Basti के बारे में पूर्णतः ज्ञात होने के पश्चात इन्हें कराने के लिए तैयार हूँ। इसकी पूर्णतः जिम्मेदारी मेरी स्वयं की होगी।

➤ थैरेपिस्ट का नाम Nandini Pandey थैरेपिस्ट हस्ताक्षर [Signature]
 ➤ डाक्टर का नाम Dr. Rahul Sharma रोगी के हस्ताक्षर [Signature]
 ➤ प्रत्याक्षी [Signature] दिनांक 8/9/21

We are informed about the therapy & also about the complication in which e.g. fever, pain, increase in

Abhyangam, Swedana, Deepan, Pachana, Swedana, Udvartan, Virechana (Purgation), Nasyam (Nasal Therapy)
 Matra Basti, Asthapana Basti, Anuvasana Basti (Oil Enema), Samsarjana Karma, Shamanadi Chikitsa, Shirodhara
 Shiro Pichu, Shiro Basti, Janu Basti, Kati Basti, Greeva Basti

Swelling in Joints	<input type="checkbox"/>	Tingling sensation	<input type="checkbox"/>
Pain in Legs	<input type="checkbox"/>	Tenderness	<input checked="" type="checkbox"/>
Tenderness in abdomen	<input type="checkbox"/>	Numbness	<input type="checkbox"/>
Backache	<input type="checkbox"/>	Vomiting	<input type="checkbox"/>
Increase pain	<input checked="" type="checkbox"/>	Loose motion	<input type="checkbox"/>
Fever	<input checked="" type="checkbox"/>	Decrease B.P	<input type="checkbox"/>



➤ After Explaining about the complication & the benefits I will be responsible for everything and give full permission to the doctors & the therapists to perform Abhyangam, Swedana, Janu Basti, PPS
 ➤ Therapist's Name: Nandini Pandey Therapist's Signature [Signature]
 ➤ Doctor's Name: Dr. Rahul Sharma Patient's Signature [Signature]
 ➤ Witness _____ Date _____