

PHYSIOTHERAPY INFORMED CONSENT FORM

फिजियोथेरेपी सूचित सहमति प्रपत्र

PATIENT INFORMATION / मरीज की जानकारी

Patient Name / नाम: _____

Age / उम्र: _____ Gender / लिंग: ☐ Male / पुरुष ☐ Female / महिला

UHID / पंजीकरण संख्या: _____

Referring Doctor / संदर्भित डॉक्टर: _____ Reg. No.: _____

Occupation / पेशा: _____

Date / दिनांक: _____

Referred By Specialty / किस विभाग से भेजा गया:

- ☐ Orthopaedics / हड्डी रोग ☐ Medicine / आंतरिक चिकित्सा ☐ Gynaecology / स्त्रीरोग ☐ Dermatology / त्वचा रोग
☐ Cardiology / हृदय रोग ☐ Surgery / शल्य चिकित्सा ☐ Neurology / स्नायु रोग ☐ Direct Walk-in / सीधे आए मरीज
☐ Others / अन्य: _____

PRE-PHYSIOTHERAPY MEDICAL SCREENING CHECKLIST पूर्व-फिजियोथेरेपी चिकित्सा जांच चेकलिस्ट

Screening Question / जांच प्रश्न	Yes / हाँ	No / नहीं
Do you have a pacemaker or implant? / क्या आपके शरीर में पेसमेकर या कोई प्रत्यारोपण है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you taking any medications? / क्या आप कोई दवा ले रहे हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have any allergies or sensitivities? / क्या आपको किसी चीज़ से एलर्जी है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
History of seizures, fits or fainting? / क्या आपको दौरा या बेहोशी आती है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any known bleeding disorders? / क्या आपको रक्तस्राव संबंधी कोई रोग है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you currently pregnant? / क्या आप गर्भवती हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any recent surgery? / क्या आपकी हाल ही में कोई सर्जरी हुई है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PATIENT CONSENT / मरीज की सहमति

I have been explained in a language I understand that: मुझे मेरी समझ की भाषा में यह समझाया गया है कि:

- Physiotherapy involves different types of physical evaluation and treatment. फिजियोथेरेपी में विभिन्न प्रकार की शारीरिक जांच और उपचार शामिल होते हैं।
- It may involve exposing the treatment area, and all efforts will be made to preserve modesty. इलाज के लिए शरीर का कुछ हिस्सा दिखाना पड़ सकता है, लेकिन मेरी गरिमा बनाए रखने का पूरा प्रयास किया जाएगा।
- Treatment may include therapies such as IFT, TENS, traction, ultrasound, laser, CPM, myofascial release, exercises, postural correction, gait training, etc. इलाज में कई प्रकार की तकनीकें शामिल हो सकती हैं जैसे IFT, TENS, ट्रेक्शन, अल्ट्रासाउंड, लेजर, CPM मशीन, मायोफैशियल रिलीज, व्यायाम आदि।
- Some discomfort may be experienced. इलाज के दौरान कुछ असुविधा हो सकती है।
- I may ask questions or stop the treatment at any time. मैं कभी भी सवाल पूछ सकता/सकती हूँ या इलाज रोक सकता/सकती हूँ।
- I voluntarily give consent for evaluation and treatment. मैं स्वेच्छा से जांच और इलाज के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।

THERAPIES / MODALITIES TO BE USED

उपयोग की जाने वाली तकनीकें

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> IFT | <input type="checkbox"/> Traction | <input type="checkbox"/> Exercise Therapy | <input type="checkbox"/> Hot/Cold Packs |
| <input type="checkbox"/> TENS/NMES | <input type="checkbox"/> Laser Therapy | <input type="checkbox"/> Myofascial Release | <input type="checkbox"/> Virtual/Robotic Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> Ultrasound | <input type="checkbox"/> CPM | <input type="checkbox"/> Ischemic Compression | |
| <input type="checkbox"/> Shortwave Diathermy | <input type="checkbox"/> Manual Therapy | | |

☐ Others (Specify): _____

RISKS, BENEFITS & ALTERNATIVES / जोखिम, लाभ और विकल्प**Rationale for Treatment / उपचार का कारण:** _____**Alternatives Discussed? / विकल्पों पर चर्चा हुई?** ☐ Yes / हां ☐ No / नहीं**Details / विवरण:** _____**Risks of Not Undergoing Treatment / उपचार न लेने के जोखिम:**

- ☐ Delayed Recovery / सुधार में देरी
☐ Increased Pain / दर्द में वृद्धि
☐ Reduced Function / कार्य क्षमता में कमी
☐ Others / अन्य: _____

Known Side Effects / संभावित जटिलताएं:

- ☐ Pain / दर्द ☐ Skin Irritation / त्वचा में जलन ☐ Spasms / ऐंठन ☐ Temporary Worsening / अस्थायी खराबी
☐ Injury Risk / चोट का जोखिम ☐ Other / अन्य: _____

PATIENT RESPONSIBILITIES / मरीज की जिम्मेदारियां

I will follow the therapist's instructions, report symptoms, and follow home exercises.

मैं चिकित्सक की सलाह मानूंगा/मानूंगी, कोई भी लक्षण तुरंत बताऊंगा/बताऊंगी और घर पर बताए गए व्यायाम करूंगा/करूंगी।

COST ESTIMATE & PHOTOGRAPHY CONSENT

शुल्क अनुमान व फोटोग्राफी सहमति

I understand the therapy cost may vary.

मैं समझता/समझती हूँ कि इलाज का खर्च बदलेगा।

Photography/Video:

- ☐ I consent / सहमति ☐ I do not consent / असहमति

(My identity will remain confidential / मेरी पहचान गोपनीय रखी जाएगी)

DECLARATION / घोषणा**Consent Given By / सहमति देने वाला:**

- ☐ Patient / मरीज ☐ Guardian / अभिभावक

Name / नाम: _____**Relation (if guardian) / संबंध:** _____**Signature / हस्ताक्षर:** _____**Date & Time / दिनांक व समय:** _____**THERAPIST DECLARATION / चिकित्सक की घोषणा**

I have explained all information in a clear and understandable manner.

मैंने सारी जानकारी स्पष्ट और सरल भाषा में समझाई है।

Therapist Name / चिकित्सक का नाम: _____**Physiotherapist Signature / हस्ताक्षर:** _____**Date & Time / दिनांक व समय:** _____**WITNESS (if applicable) / गवाह (यदि आवश्यक)****Name / नाम:** _____ **Signature / हस्ताक्षर:** _____**Date & Time / दिनांक व समय:** _____