

# யாக்கதிரியக்கம் (சீரொளி) மூலம்ஜவ்வில்துளையிடுதல்

## நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின் பெயர் ..... வயது/பாலினம் .....  
நோயாளியின் அடையாள எண் ..... தேதி .....  
மகன் / மகள் .....  
முகவரி .....  
தொலைபேசி: .....

## நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

என் கண் மருத்துவர், <Doctor's Name>, <Patient's  
Name> ஆகிய எனக்கு வலது /இடது கண்ணில் ( Posterior capsule opacification  
( PCO) ) பின்ஜவ்வு ( தோல்)தடிமனாதல் என்பது

உள்ளது என்றும், அதற்கு Ndyagஎன்னும்கதிர் உதவியுடன்இந்ததடிமனானஜவ்  
வில்நடுவில்சிறுதுளையிட்டுபார்வையைசரிசெய்யவேண்டும் என்றும் எனக்  
கு அறிவுரை கூறப்பட்டது

### Posterior capsule opacification ( PCO) பின்ஜவ்வு ( தோல்)

தடிமனாதல் என்பதுதற்போதையஅறுவைசிகிச்சைமுறையில்கண்ணுக்குள்  
வைக்கப்படும்லென்சின்பின்புறமுள்ளதோல்தடிமனாகி (  
அறுவைசிகிச்சையின்போதுதோலை நீக்கிவிட்டால்லென்ஸ்நிற்காது)  
பார்வையைமறைப்பது.

இந்தஜவ்வுபார்வையைமறைப்பதோடுஒளிச்சிதறலையும்( halo) ஏற்படுத்தும்.

Ndyagஎன்னும்கதிர் உதவியுடன்இந்ததடிமனானஜவ்வில்நடுவில்சிறுதுளையி  
ட்டுபார்வையைசரிசெய்யலாம்.

## அபாயங்களும், சிக்கல்களும்

லென்சின்மேல்கதிர்கள்பட்டு லென்ஸ்குழிஆகுதல்( lens  
pitting), லென்ஸ்விலகுதல் (lens subluxation), முற்றிலும்நகர்தல் ( dislocation),  
கண்நீர்அழுத்தம்அதிகரித்தல்,  
கண்முன்புதிதாகதூசுபோன்றகரும்புள்ளிகள்தோன்றுதல் (new floaters),

விழித்திரைமையத்தில் நீர்கோர்த்தல் (cystoid macular edema), விழித்திரைவீக்கம், விழித்திரைவிலகல் (retinal detachment) மற்றும் முன்னரே உள்ள தொற்று அதிகரித்தல் (exacerbation of localized endophthalmitis).  
இவற்றிற்குமேலும் சிகிச்சைகள் தேவைப்படலாம்.

### வேற்றுவழிமுறைகள்

இதற்கான மாற்று சிகிச்சைமுறை என்பது அறுவை சிகிச்சை செய்து தோல்தடிமனை அப்புறப்படுத்துதல்.

### நோயாளியின் அறிக்கை

..... என்கிற எனக்குப் புரியும் மொழியில் வலது / இடது கண் ஜவ்வதடித்திருப்பது விளக்கப்பட்டு மேற்படி லேசர் சிகிச்சைக்கு சம்மதிக்கிறேன். சிகிச்சைமுறை, மாற்று சிகிச்சையின் சாதகபாதகங்கள் விளக்கப்பட்டு நன்கு புரிந்துகொண்டு ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

நோயாளி/ பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் கையொப்பம் / கட்டைவிரல் பதிவு:  
பெயர்:..... உறவு. .... தேதி .....  
முகவரி:.....  
தொலைபேசி (அலு) ..... (வீடு.) ..... (கைபேசி.) .....

### மருத்துவரின் உறுதிமொழி

நோயாளிக்குத் தேவைப்பட்ட அறுவை சிகிச்சை அதன் சாதகபாதகங்களை அவருக்கு தெளிவாக எடுத்துரைத்தேன் என்று உறுதி அளிக்கிறேன்.  
நோயாளிக்கு சந்தேகங்களை கேட்கவாய்ப்பளித்து விடையளித்தேன்.

மருத்துவரின் கையெழுத்து .....  
மருத்துவரின் பெயர் .....  
தேதி .....

சாட்சி 1  
கையொப்பம்: .....  
பெயர்: .....  
முகவரி: .....  
தொலைபேசி .....  
கைபேசி .....

சாட்சி 2  
கையொப்பம்: .....  
பெயர்: .....  
முகவரி: .. .....  
தொலைபேசி: .....  
கைபேசி .....