

# கார்னியல்துளையிடலுக்கான:பைப்ரின்பசைபிசின்

## நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின்பெயர் .....வயது/பாலினம் .....  
நோயாளியின்அடையாளம்: ..... தேதி.....  
மகன் / மகள்.....முகவரி.....  
தொலைபேசி.....

## மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

### நோய்நிர்ணயம்

என்னுடைய(நோயறிதல்-கார்னியல்துளையிடல்)பார்வையில்,பைப்ரின்பிசின் பயன்பாடு,குறைபாட்டை மூடுவதற்குமுயற்சிசெய்யப்படும்என்பதைநான்நன் குபுரிந்துகொண்டமொழியில்தெளிவாகவிளக்கினேன்.

### முன்மொழியப்பட்டசெயல்முறை

எனதுகருவிழியில்உள்ளதிசுகுறைபாடு 2 மிமீவிட்டம்குறைவாகஇருப்பதால், இந்தசெயல்முறைமுயற்சிக்கப்படுகிறதுஎன்றஉண்மையும்எனக்குத்தெரிவிக் கப்பட்டுள்ளது.

### இந்த சிகிச்சை முறையின் குறிக்கோள்

கார்னியல்துளையிடல்மூடுதல்

### மாற்றுமருத்துவமுறைகள்

பசையைமீண்டும்பயன்படுத்துதல் அல்லதுகார்னியல்பேட்ச்ஓட்டுதல்போன்ற மாற்றுமருத்துவமுறைகள்தேவைப்படும்செயல்முறைதோல்வியடையும்அ பாயத்தைநான்முழுமையாகஅறிவேன்.

### இந்தசெயல்முறையின்நன்மைகள்

பைப்ரின்பிசின் பயன்பாடுமூலம்கார்னியல்துளையிடலைமூடுதல்

### இந்தசெயல்முறையின்ஆபத்துகள்

பசையானதுகண்ணில்மாறுபட்டதீவிரத்தன்மையின்வீக்கத்தைஉண்டாக்கக் கூடும்என்பதையும்,  
பேட்ச்கிராப்டைவிடஇந்தசெயல்முறையின்மூலம்விழிக்குழிஅழற்சி

(எண்டோஃப்தால்மிட்டிஸின்) ஆபத்து அதிகமாக உள்ளது என்பதையும் நான் அறிவேன்.

### நோயாளியின் அறிவிப்பு

எனது வலது/இடது கண்ணில் செயல்முறை செய்யப்பட வேண்டும் என்று நான் விரும்புகிறேன்,

மேலும் எனது மருத்துவர் என்னுடன்கலந்துரையாடிய சாத்தியமான அபாயங்களை ஏற்க நான்தயாராக இருக்கிறேன்.

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

### மருத்துவரின் பிரகடனம்

நான் செய்யவேண்டிய செயல்முறையின் தன்மை மற்றும் விளைவுகளை விளக்கியுள்ளேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

நான் நோயாளிக்கு கேள்விகளைக் கேட்க ஒரு வாய்ப்பைக் கொடுத்துள்ளேன், நான் இதற்குப் பதிலளித்துள்ளேன்.

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

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

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