

ஆழமானமுன்புறலேமல்லர்கெரடோபிளாஸ்டி (DALK)

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின்பெயர்வயது/பாலினம்.....
நோயாளியின் அடையாளம்: தேதி

மகன் / மகள்.....முகவரி

தொலைபேசி.....

மருத்துவம்நடைபெறும்இடம்

நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

நான்/எனதுகுழந்தைகார்னியல் வெண்படலத்தால் (கார்னியல்ஒளிபுகாநிலை) /கார்னியல்எக்டேசியா(கெரடோகோனஸ்)/கார்னியாவின்முன்புறம்சம்பந்தப் பட்டபிறநோய்களால்பாதிக்கப்பட்டிருப்பதாகவும்(குறிப்பிடவும்)மற்றும் அறுவைமருத்துவம்வழிஅகற்றப்படும்என்றுஎனதுதாய்மொழியில் எனக்குத்தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

சிகிச்சையின் நோக்கம்

கார்னியாவின்முன்,நடுமற்றும்ஆழமானபகுதி(எபிதீலியம்,பேஸ்மென்ட் சவ்வு&ஸ்ட்ரோமாவரைஅல்லதுஅதற்குசற்றுமுன்பு)செய்யப்படும். நன்கொடையாளர்கேடவெரிக்கார்னியாவின்ஒருபகுதிஇதைமாற்றுவதற்குப்ப யன்படுத்தப்படும்மற்றும்தையல்களின்உதவியுடன்வைக்கப்படும்.

சிகிச்சையின்பயன்கள் ஒளிபுகாநிலை/புண்ணின்நிரந்தரதன்மைகுறித்தும், பார்வையைஅதிகரிக்கஅதைஅகற்றவேண்டும்என்பதுகுறித்தும்எனக்குமுழு மையாகவிளக்கப்பட்டுள்ளது.

அபாயங்களும், சிக்கல்களும்

புரவலன்கண்ணில்துளையிடும்அபாயம்எனக்குவிளக்கப்பட்டுள்ளது, இதுமுழுதடிமன்கொண்ட கார்னியல்மாற்று அறுவைமருத்துவத்தின் அவசியத் திற்குவழிவகுக்கிறது. நோய்த்தொற்று, ஒட்டுதல்நிராகரிப்பு, தையல் தளர்த்துதல்மற்றும்மாற்றுதல், இடைமுகத்தில்இரத்தநாளங்கள்அதிகரித்தல், இரத்தக்கசிவுக்குவழிவகுக்கும். சிறந்தசரிசெய்யப்பட்டபார்வைக்கூர்மையில்

முன்னேற்றம் அல்லது மோசமடைதல், அறுவை மருத்துவம் அல்லது மருந்துகளுக்கு இரண்டாம் நிலை கிளெளகோமா, கண்புரை உருவாக்கம் மற்றும் அறுவை மருத்துவத்துக்குப்பிறகு அதிக சிதறல் பார்வை, மீண்டும் மீண்டு அறுவை மருத்துவம் செய்ய வேண்டிய தேவை இருக்கலாம், இது பார்வையை மேம்படுத்துவதற்கு வழிவகுக்கலாம் அல்லது இல்லாமல் போகலாம்.

கூடுதல் கவனங்கள்:

ஒவ்வொரு வருகையிலும் பல ஆய்வுகள் மூலம் பல வருடங்கள் வரை நீடிக்கும் மருத்துவர்களின் ஆலோசனைப்படி அடிக்கடி பின்தொடர்வதன் அவசியத்தை எனக்கு விளக்கப்பட்டுள்ளது.

கிராஃப்ட்டின் வெற்றிக்கு மருந்துகளை முறையாகப் பயன்படுத்துவது அவசியம் என்று எனக்கு விளக்கப்பட்டுள்ளது. திடீரென ஏற்படும் சிவத்தல், ஃபோட்டோபோபியா, வெளிநாட்டு உடல் உணர்வு, வலி அல்லது பார்வை சிதைவு போன்றவை ஏற்பட்டால், நான் அவசரமாக கண் மருத்துவபதிப்பைப் பின்தொடர்வதற்கு வரவேண்டும் என்று விளக்கப்பட்டுள்ளது. எல்லா முயற்சிகளும் இருந்த போதிலும், பார்வைக் கூர்மை அல்லது கண்ணின் ஒப்பனைத்தோற்றம் மோசமடையவாய்ப்பு உள்ளது என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

நோயாளியின் அறிக்கை

மேற்கூறிய ஒப்புதலின்தாக்கங்களையே நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டேன் என்றும், என்குழந்தையின் வலது/இடது கண்ணிலடிப் ஆண்டிரியர் லேமல் லர் கெரடோபிளாஸ்டிகை மெற்கொள்ள மருத்துவர்களுக்கு அங்கீகாரம் அளித்துள்ளேன் என்றும் சான்றளிக்கிறேன்.

நோயாளி/ பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் கையொப்பம் / கட்டைவிரல்பதிவு:
பெயர்:..... உறவு..... தேதி

முகவரி:.....

தொலைபேசி (அலு) (வீடு) (கைபேசி).....

மருத்துவரின் பிரகடனம்:

நான்செய்யவேண்டியசெயல்முறையின்தன்மைமற்றும்விளைவுகளைவிளக்கியுள்ளேன்என்றும்,குறிப்பாகநோயாளிக்குஏற்படும்அபாயங்கள்குறித்துவிவாதித்ததாகவும்அறிவிக்கிறேன்.

நான்நோயாளிக்குகேள்விகளைக்கேட்கஒருவாய்ப்பைக்கொடுத்துள்ளேன், நான்இதற்குப்பதிலளித்துள்ளேன்.

மருத்துவரின்கையெழுத்து
மருத்துவரின்பெயர்
தேதி

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

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