

# லிம்பால் ஸ்டெம் செல் மாற்று அறுவை மருத்துவம் (LSCT)

## நோயாளியின் தரவு

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

## மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

## சிகிச்சையின் நோக்கம்

நான் / எனது குழந்தை கண் மேல்தோல் நோயினால் பாதிக்கப்பட்டு, கருவிழி வெண்விழி தன்மை அடைந்துள்ளதால், அதற்கு சிகிச்சை மேற்கொள்ள, வெண்விழி படலத்தின் தன்மையைப் பொருத்து, கருவிழியின் மேல்தோல் அகற்றப்பட நேரிடும் என்பதும் எனக்கு நன்கு அறிந்த மொழியில் தெளிவாக எடுத்துரைக்கப்பட்டது. எனது மற்றொரு கண்ணில் உள்ள கருவிழியின் ஒரு பகுதியோ / எனது சொந்தங்களின் மூலம் பெறப்பட்ட கருவிழியின் ஒரு பகுதியோ / இறந்தவரின் உடலில் இருந்து தானமாக பெறப்பட்ட கருவிழியின் ஒரு பகுதியோ, நேர்முகமாகவோ அல்லது டிஸ்யூ கள்சர் மூலம் விரிவடைய செய்யப்பட்டதாகவோ தையல்கள் மூலம் பொருத்தப்பட்டு உபயோகப்படுத்தப்படும் என்பதும் விளக்கப்பட்டது.

இந்த நோயின் நிலையான தன்மைப்பற்றியும், இதற்கான சிகிச்சை கண்ணின் மேல்புற தோல் தன்மையை மேம்படுத்தும் எனவும் எனக்கு தெளிவாக விளக்கமளிக்கப்பட்டது. இந்த அறுவை சிகிச்சையின் போது கருவிழியில் துவாரம் ஏற்படவும் மேலும் அதற்கு முழு கருவிழி மாற்றம் தேவைப்படலாம் என்பதும் நன்கு அறிவேன். இதில் நோய்தொற்று, மாற்று கருவிழி விலகல், தையல்கள் விலகல் அல்லது புதுப்பித்தல், இரத்தக்கசிவு, பார்வை முன்னேற்றம் அடையாமல் இருத்தல் அல்லது தற்பொழுது இருக்கின்ற பார்வை குறைபடுதல் ஆகியன ஏற்படலாம் என்பதை நன்கு அறிவேன். மேலும் கருவிழியின் வெள்ளைத்தன்மை அறுவை சிகிச்சைக்கு பிறகு அதிகரிக்கக்கூடும் என்பது நன்கு அறிவேன். இதற்கு பின்னர் மறு அறுவை சிகிச்சைகள் தேவைப்படலாம் எனவும், அதன் மூலம் பார்வை முன்னேற்றம் ஏற்படலாம் அல்லது முன்னேற்றம் அடையாமலும் இருக்கலாம் என்பதை அறிவேன். அறுவை சிகிச்சையை தொடர்ந்து பல வருடங்களுக்கு தொடர் மருத்துவ கண்காணிப்பு தேவைப்படும் என்பதை

மருத்துவர் கூறி அறிந்து கொண்டேன். இந்த அறுவை சிகிச்சை முழுமையாக வெற்றியடைய கொடுக்கும் மருந்துகளை முறையாக பயன்படுத்த வேண்டும் என்பதை நன்கு அறிவேன். அறுவை சிகிச்சை மேற்கொண்ட கண்ணில் திடீரென சிவத்தல், கண் கூச்சம், உறுத்துதல், வலி, பார்வை குறைபாடு ஏற்படுமாயின் கண் சிகிச்சையின் அவசர பிரிவிற்கு உடனே அனுகவும் அறிவுறுத்தப்பட்டது. இம்முயற்சிகள் அனைத்திற்கு பின்னரும் எனது கண் பார்வையில் முன்னேற்றம் அடையாமல் போவதற்கோ அல்லது கண்ணின் உருவ அமைப்பு குழைவதற்கோ நேரிடலாம் என்பதை நன்கு அறிவேன்.

மேற்கூறிய விவரங்கள் அனைத்தும் நான் நன்கு அறிந்துகொண்டு, எனக்கு இந்த அறுவை சிகிச்சை மேற்கொள்ள முழு சம்மதம் தெரிவிக்கின்றேன்.

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

### மருத்துவரின் விளம்புதல்

நான் இந்நோயைப் பற்றியும், அதற்காக மேற்கொள்ளப்பட இருக்கும் அறுவை சிகிச்சை பற்றியும் அதனால் ஏற்படும் சாதக பாதக பலன்கள் பற்றியும் நன்கு தெளிவாக அந்த நோயாளருக்கு விளக்கமளித்துள்ளேன். மேலும் இதனைப் பற்றிய சந்தேகங்கள் முழுமையாக விளக்கப்பட நோயாளருக்கு போதுமான அவகாசம் வழங்கப்பட்டது.

மருத்துவரின் கையெழுத்து	.....
மருத்துவரின் பெயர்	.....
தேதி	.....
சாட்சி 1	சாட்சி 2
கையொப்பம்: .....	கையொப்பம்: .....
பெயர்:.....	பெயர்:.....
முகவரி: .....	முகவரி: .....
தொலைபேசி .....	தொலைபேசி: .....
கைபேசி.....	கைபேசி .....