

பல் நீக்கமும் திசுக்கள் கரு விழி ஒட்டறுவை ஆஸ்டியோ-ஓடோன்டோ கெரடோபிரோஸ்டெசிஸ் (OOKP)

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின் பெயர்வயது/பாலினம்
நோயாளியின் அடையாளம்: தேதி.....
மகன் / மகள் முகவரி.....
தொலைபேசி.....

மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

நோய் விபரம், மருத்துவ முறை

எனக்கு பிரத்யேகமாக தயார் செய்யப்பட்ட செயற்கை கருவிழி. அதில் பற்கள் மூலம் செய்யப்பட்ட கூட்டில், செயற்கை கருவிழி பொருத்தப்பட்டு , எனது பார்வையற்ற கண்ணில் / கண்ணில் பொருத்தப்படும் என்பதும் எனது தாய்மொழியில் நன்கு தெளிவாக விளக்கப்பட்டது. ஏனெனில் எனது வேறு கருவிழியோ அல்லது கருவிழி அறுவை சிகிச்சை முறையோ முற்றிலும் பயனளிக்காது என்பது நன்கு அறிந்த பின் , இந்த சிகிச்சை மட்டுமே உள்ளது என்பது தெளிவாக எடுத்துரைக்கப்பட்டது.

இந்த செயற்கை கருவிழியானது, எனது கண்ணிற்கு துளை போல் செயல்பட்டு, ஒளியை கண்ணின் நரம்பு வரை ஒரு துளையினுள் செல்வதுபோல் கொண்டு சென்று சேர்க்கும் (நரம்பிற்கு) என்பது எடுத்துரைக்கப்பட்டது.

இந்த அறுவை சிகிச்சையில் என்னுடைய ஆரோக்கியமான ஒரு பல்லும், வாய்பகுதியின் உள்தோலும் உபயோகிக்கப்படும் என்பதும் விளக்கப்பட்டது. இந்த அறுவை சிகிச்சை இரு வேறு நிலையில், இரண்டு மாத இடைவெளியில் செய்யப்படுவதால், பார்வை முன்னேற்றம் தாமதமாகத்தான் ஏற்படும் என்பதும் நன்கு அறிவேன்.

இந்த அறுவை சிகிச்சையினால் ஏற்படும் சாதக பாதக பலன்கள் முற்றிலும் நன்கு விளக்கப்பட்டு அறிந்து கொண்டேன். மேலும் செயற்கை கருவிழி விலகுதல், ஏற்றக்கொள்ளாத நிலை அல்லது அழுகுதல் ஆகியன ஏற்படலாம் எனவும், நோய்தொற்று, கண்ணின் நீர் அழுத்தம் அதிகரித்தல் ஆகியன ஏற்படலாம் என்பதும் நன்கு அறிவேன். மேலும் செயற்கை கருவிழியின் மேற்பரப்பிலோ அல்லது கீழ்பரப்பிலோ சதை வளருமாயின் அதனை அகற்ற மறு அறுவை சிகிச்சைகள் தேவைப்படலாம் என்பதும் நன்கு அறிவேன்.

மேற்கூறிய அனைத்து விவரங்களும் நன்கு அறிந்த பின்னர், சுய நினைவுடனும், முழு சம்மதத்துடனும் இந்த அறுவை சிகிச்சைக்கு முழு மனதுடன் சம்மதிக்கின்றேன்.

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:
 பெயர்:.....
 முகவரி:
 தொலைபேசி
 கைபேசி.....

கையொப்பம்:.....
 பெயர்:.....
 முகவரி:
 தொலைபேசி:
 கைபேசி