

ஒளிப்பண்டுவம்-கருவிழிஒட்டறுவை போட்டோதெரபியூடிக் கெராடெக்டோமி (PTK)

நோயாளியின் தரவு

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

மருத்துவம்நடைபெறும்இடம்

நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

என்கண்மருத்துவர், <Doctor's Name>, <Patient's Name> ஆகியவர்களுக்குவலது / இடதுகண்ணில்<Diagnosis> உள்ளதுஎன்றும், அதற்க்கு

சிகிச்சையின் நோக்கம்

செய்யவேண்டும்என்றும்எனக்குஅறிவுரைகூறப்பட்டது

சிகிச்சையின்பயன்கள்

ககிஒளி(லேசர்)அறுவைமருத்துவத்துக்குஎனது அனுமதியை வழங்குவதில், பின்வருவனவற்றைநான்புரிந்துகொள்கிறேன்:

1. கிளர்வுற்றமூல்க்கூறு(எக்ஸைமர்)லேசரைப்பயன்படுத்திஎனதுகார்னியாவி
ன்மேலோட்டமானஅடுக்குகளைஅறுவைமருத்துவம்மூலம்அகற்றுவது
மற்றவகைகார்னியல்அறுவைமருத்துவம்மாற்றாகஎன்னால்தேர்ந்
தெடுக்கப்பட்டது.

அபாயங்களும், சிக்கல்களும்

சிக்கல்களில்பின்வருவன அடங்கும்: அதிகரித்தகார்னியல்வடு, அதிகரித்தஇரவு
கூசும்அல்லதுகார்னியல்தொற்று. அறுவைமருத்துவத்துக்குப்பிந்தையசொட்டு
களைப்பயன்படுத்துவதன்மூலம்ஏற்கனவேஇருக்கும்நோய்நுண்ணுயிரி
தொற்றுகள்மீண்டும்தோன்றக்கூடும். கருவிழியில்விரிவானதழும்புகள்
இருந்தால், அதுதொற்று, கண்புரைஅல்லதுகூடுதல்அறுவைமருத்துவம்
தேவைபோன்றபிறமாற்றங்களைஉருவாக்கக்கூடியகார்னியல்துளை

ஏற்படலாம். மருத்துவம் அளிக்கப்பட்ட கண்ணின் சரியான குணத்தை உறுதிப்படுத்த நான் நெருக்கமாக பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

கூடுதல்கவனங்கள்

எக்ஸைமர் லேசர் டன்சூடிய ஒளிக்கதிர்கொடுக்கடோமி (PTK).....ஐ நான் புரிந்து கொண்டேன், கண்ணாடிக்கான எனது தேவையை அதிகரிக்கலாம் மற்றும் எனது சிறந்த பார்வையை அடைய சரியான வில்லை (லென்ஸ்) கள் தேவைப்படலாம். அந்தகடுமையான கார்னியல் பிரச்சனைகளுக்கு, எனக்கு அறுவைமருத்துவம் விருப்பம் கார்னியல் மாற்று அறுவைமருத்துவம் இருந்தால், எக்ஸைமர் லேசர் PTK கார்னியல் மாற்று அறுவைமருத்துவம் தேவையை அகற்றாது என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

இந்த அறுவைமருத்துவம் விளைவாக ஏற்படக்கூடிய சாத்தியமான ஒவ்வொரு சிக்கலையும் கூற இயலாது என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

இந்த தகவல் வெளிப்படுத்தல் எனக்கு அளிக்கப்பட்டதாகவும், எனது அனைத்து கேள்விகளுக்கும் நான்திருப்திகரமாக பதிலளிக்கப்பட்டதாகவும் ஒப்புக் கொள்கிறேன்.

நோயாளியின் அறிக்கை

நான் இந்தப்படிவத்தைப்படித்திருக்கிறேன் (அல்லது அது எனக்குப்படிக்கப்பட்டது மேலும் (PTK) அறுவைமருத்துவத்தால் ஏற்படக்கூடிய சிக்கல்கள், அபாயங்கள் மற்றும் பலன்களை நான் முழுமையாக புரிந்து கொண்டேன். இருப்பினும் எனது R/L/ இருகண்களிலும் PTK லேசர் மருத்துவம் பெறத்தேர்ந்தெடுத்துள்ளேன்.

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

மருத்துவரின் விளம்புதல்

நான்செய்யவேண்டியசெயல்முறையின்தன்மைமற்றும்விளைவுகளைவிளக்கியுள்ளேன்என்றும்,குறிப்பாகநோயாளிக்குஏற்படும்அபாயங்கள்குறித்துவிவாதித்ததாகவும்அறிவிக்கிறேன்.நான்நோயாளிக்குகேள்விகளைக்கேட்க ஒருவாய்ப்பைக்கொடுத்துள்ளேன், நான்இதற்குப்பதிலளித்துள்ளேன்.

மருத்துவரின்கையெழுத்து

மருத்துவரின்பெயர்

தேதி

சாட்சி 1

சாட்சி 2

கையொப்பம்:

கையொப்பம்:

பெயர்:.....

பெயர்:.....

முகவரி:

முகவரி: ..

தொலைபேசி

தொலைபேசி:

கைபேசி.....

கைபேசி