

சதைப்படர்த்தி (Pterygium) அறுவை மருத்துவம்

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின்பெயர்.....வயது/பாலினம்.....
நோயாளியின் அடையாளம்:.....தேதி.....
மகன்/மகள்.....(முகவரி).....
தொலைபேசி.....

சிகிச்சை நடைபெறும் மருத்துவமனை:

நோய் கண்டறிதல் மற்றும் தேவையான செயல்முறை:

எனது வலது / இடது கண்ணில் உள்ள கார்னியாவில் வெண்படலத்தின் மடிப்புகள் ஊடுருவி இருப்பதாக எனக்குப் புரியும் மொழியில் எனக்கு விளக்கப்பட்டுள்ளது.

அதை அறுவை சிகிச்சை மருத்துவம் மூலம் அகற்ற வேண்டும். மேலும், வெண்படல ஒட்டு பொருத்த வேண்டும்.
பின்வருபவை எனக்கு விளக்கப்பட்டுள்ளன.

சீரற்ற அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகும் தொடரக்கூடிய சிக்கல்கள்:

1. அறுவை மருத்துவத்துக்குப் பிறகு கார்னியல் ஒளிபுகா நிலை நீடிக்கும்.
2. மடிப்பு மீண்டும் நிகழும் ஆபத்து மற்றும் மீண்டும் அறுவை மருத்துவம் செய்ய வேண்டிய அவசியம்.
3. பார்வையில் முன்கணிப்பு தொடர்ந்து இருக்கும் ஆஸ்டிஜிமாடிசத்தின் பார்வையில் பாதுகாக்கப்படுகிறது, எனவே காயத்தை அகற்றிய பிறகு பார்வை மேம்படாமல் போகலாம்
4. முன்தோல் குறுக்கம் நீக்கத்திற்கு பிறகு ஒரு தன்னியக்க கிராஃப்ட் திட்டமிடப்பட்டால், மடிப்புகள் மீண்டும் வராமல் தடுக்க அதே / மற்ற கண்ணில் இருந்து வெண்படலத்தின் ஒரு துண்டு தேவைப்படலாம்.
5. மீண்டும் நிகழும் நிகழ்வைக் குறைக்க, மைட்டோமைசின்சியை வெட்டிய பின் பயன்படுத்தினால், ஸ்க்லரல் மெலிந்து போகும் அபாயம் விளக்கப்பட்டுள்ளது.

6. சிவத்தல், எரிச்சல், நீர் பாய்ச்சுதல் அறுவை மருத்துவத்துக்குப் பிறகும் சில நாட்களுக்கு நீடிக்கலாம்.

7. ஆட்டோகிராப்ட் விஷயத்தில், தையல்கள் பயன்படுத்தப்படும் மற்றும் எரிச்சலை ஏற்படுத்தலாம். ஒட்டு நோய் தொற்று ஏற்படும் அபாயம் விளக்கப்பட்டுள்ளது.

நோயாளியின் அறிக்கை

உள்ளூர் ஊடுருவல் / மயக்க மருந்து சொட்டுகளின் கீழ் அறுவை மருத்துவம் செய்யப்படும் இதையெல்லாம் அறிந்த பிறகு, முன்தோல் குறுக்கம், அதாவது என் கண்ணில் இருந்து வெண்படல மடிப்பை அகற்றுவதற்கு எனது இலவச மற்றும் தன்னார்வ சம்மதத்தை அளிக்கிறேன்.

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

மருத்துவரின் விளம்புதல்

நான் செய்ய வேண்டிய செயல்முறையின் தன்மை மற்றும் விளைவுகளை விளக்கியுள்ளேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன். நான் நோயாளிக்கு கேள்விகளைக் கேட்க ஒரு வாய்ப்பைக் கொடுத்துள்ளேன், நான் இதற்குப் பதிலளித்துள்ளேன்.

மருத்துவரின் கையெழுத்து
 மருத்துவரின் பெயர்
 தேதி

சாட்சி 1

சாட்சி 2

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

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