

இமைகள் ஓட்டல் -நீக்கம் SYMBLEPHARON

நோயாளியின் தரவு

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

மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

சிகிச்சையின் நோக்கம்

எனக்கு / என் குழந்தைக்கு விழி இமை ஓட்டல் நோய் உள்ளது என்பதும், அதனை சரி செய்ய அறுவை சிகிச்சை செய்ய நேரிடும் என்பதும், எனது மருத்துவரால் என் தாய்மொழியில் தெளிவாக எடுத்துரைக்கப்பட்டது. அதில் அம்னாடிக் சவ்வு ஓட்டல் அல்லது சளி சவ்வு ஓட்டல் தையல்கள் மூலம் போடப்படும். அறுவை சிகிச்சைக்கு பின் கட்டுத் தொடர்பு லென்ஸ் பொருத்தப்படும்.

எனக்கு இந்நோயைப் பற்றின நிலையான தன்மை முழுவதுமாக விளக்கப்பட்டு, கண்ணின் மேல்புறத்தை முன்னேற்றம் அடைய செய்ய அறுவை சிகிச்சை அவசியம் என்பது எடுத்துரைக்கப்பட்டது. இந்த அறுவை சிகிச்சை முதற்படியாக பார்வை முன்னேற்றத்திற்கான அறுவை சிகிச்சை அல்ல.

இந்த அறுவை சிகிச்சையின்போது தவறுதலாக கண்ணில் துவாரம் ஏற்படுதலோ, போதுமற்ற அளவு சவ்வு விலக்குதலோ, சவ்வு மீண்டும் வளருதலோ ஏற்படலாம் என்பது எனக்கு நன்றாக எடுத்துரைக்கப்பட்டு விளக்கப்பட்டது. இதில் மறு அறுவை சிகிச்சைகளுக்கான தேவை உள்ளன என்பதும், அதனால் பார்வை முன்னேற்றம் வரலாம் / வராமல் போகலாம் என்பது எனக்கு விளக்கப்பட்டது.

அறுவை சிகிச்சைக்கு பின்னர் தொடர்ந்து பலமுறை மருத்துவ கண்காணிப்பு மற்றும் தேவையெனில் வேறு பரிசோதனைகள் அவசியம் என்பது எனக்கு தெளிவாக விளக்கப்பட்டது மருந்துகளை சரியாக உபயோகிப்பதே இந்த அறுவை சிகிச்சைக்கு மிக முக்கியமாக பலனை அளிக்கும். மேற்கூறிய முயற்சிகள் அனைத்திற்கு பின்னரும், கண் பார்வை முன்னேற்றம் அடையாமல் போகலாம் அல்லது மேலும் தற்பொழுதுதைய நிலையை விட மோசமாகலாம் எனவும் நன்கு விளக்கப்பட்டது.

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 பற்றிய முழு விவரங்களும் இந்த அறுவை சிகிச்சையினால் ஏற்படும் சாதக பாதக பலன்கள் அனைத்தும் நோயாளருக்கு எடுத்துரைத்தேன். இதனிடையே நோயாளருக்கு தேவையான கேள்வி மற்றும் சந்தேகங்கள் அனைத்தும் கேட்கப்பட்டு அதற்கான முழு விளக்கமும் அளிக்கப்பட்டது.

மருத்துவரின் கையெழுத்து
 மருத்துவரின் பெயர்
 தேதி

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

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