ஊடுருவல்சோதனை (ஆப்டிகல்பெனட்ரேட்டிங்)
கெரடோபிளாஸ்டி

நோயாளியின் தரவு

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

மருத்துவம்நடைபெறும்இடம்

சிகிச்சையின் நோக்கம்

எனக்குப்புரியும்வகையில்என்தாய்மொழியில்எனது / என் குழந்தையின் கண்ணில் (வலது / இடது) கருவிழி வெண்மையடைந்து / நோயால்பாதிக்கப்பட்டுவிட்டதாகவும்,இதைசரிசெய்ய கருவிழிமாற்று அறுவைசிகிச்சைதேவைப்படுவதாகவும் அறிகிறேன்.

நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

நோயுற்றகருவிழிமற்றும்அதைச்சுற்றிஉள்ளஇயல்பானகருவிழிவியின்சிறுப குதிவெட்டிஎடுக்கப்பட்டுஇறந்தவரின்கொடைக்கருவிழிஅவ்விடத்தில் தையல்கள்போட்டுப்பொருத்திவிடுவதேஇவ்வறுவைஎனஅறிகிறேன்.

அபாயங்களும், சிக்கல்களும்

இவ்வெண்மை / நோய்அறுவைசிகிச்சைதவிரவேறுவழியில் சரிப்படுத்த இயலாதுஎன்றுதெளிவாகஅறிகிறேன்.!இச்சிகிச்சை முறையில், நோய்த்தொற்று ,கொடைக்கருவிழிபொருந்தாமையால் விலக்கப்படுதல், தையல்கள்நெகிழ்தல்,திரும்பத்தையல்போடும் அவசியங்கள், ர்வைத்திறன் கூடாமை, இருந்தபார்வைத்திறனும்குறைதல், அறுவையாலும் மருந்துகளாலும் வரக்கூடியகண்ணீர்அழுத்தநோய், புரைநோய்,ஒளிச்சிதறல் போன்ற ஆபத்துகள்உள்ளதைத்தெளிவாக அறிகிறேன்.!மேலும் மறுபடியும் அறுவைசிகிச்சைதேவைப்படலாம்என்பதையும், அறிகிறேன்.!

கூடுதல்கவனங்கள்

சிகிச்சைக்குப்பின்பலஆண்டுகள்தொடர்சிகிச்சைக்குவரவேண்டியதேவை இருப்பதையும்,பலபரிசோதனைகள்ஒவ்வொருமுறையும்தேவைப்படலாம் என்பதையும்,அறிவுறுத்தியபடிதொடர்ந்துமருந்துகள்இடுவதுசிகிச்சையின் வெற்றிக்குமிகவும்இன்றியமையாதது என்பதையும்தெளிவாகஅறிகிறேன். மேலும்கண்ணில்ஏதேனும்சிவப்பு,வலி,பார்வைக்குறைபாடு,உறுத்தல்,கூச்சம் போன்றவைஇருப்பின்அதுகொடைக்கருவிழிபொருந்தாமையால்ஏற்படும் விலக்கலின்தொடக்கஅறிகுறியாகஇருக்கலாம்எனஅறிந்து,உடனடியாக மருத்துவமனையைஅணுகுவேன்என்றும்உறுதிகூறுகிறேன்.இத்துனை முயற்சிகளுக்குப்பின்னரும்,பார்வைஇழப்போ,கண்தன்தன்மைகெட்டு விகாரம்அடைதலோஏற்படக்கூடும்என்பதையும்அறிகிறேன்.

நோயாளியின் அறிக்கை

இவைஅனைத்தையும்தெளிவாகஅறிந்து, உணர்ந்து,தெளிந்து, எனக்கு / என்குழந்தைக்குவலது/இடதுகண்ணில்மருத்துவர்கள்கண்கருவிழிமாற்று அறுவைசிகிச்சைசெய்யசம்மதிக்கிறேன்.

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

மருத்துவர்பிரகடனம்:

இச்சிகிச்சைமுறைபற்றியும்,இந்நோயாளிக்குண்டானஅதன்ஆபத்துக்கள் பற்றியும்கலந்துபேசியுள்ளேன்.அவரைக்கேள்விகேட்கவும்வாய்ப்பளித்தேன். கேள்விகளுக்கும்விடையளித்துள்ளேன்.

மருத்துவரின்கையெழுத்து ....
மருத்துவரின்பெயர் ....
தேதி ....

சாட்சி 1 சாட்சி 2

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