

டையோடு லேசர் சைக்ளோ-போட்டோகோகுலேஷன் (DLCP)

நோயாளியின் தரவு

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

மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

நோய் விபரம், மருத்துவ முறை :

என் கண் மருத்துவர் <மருத்துவர் பெயர்>, <நோயாளியின் பெயர்> ஆகிய எனக்கு வலது/ இடது கண்ணில் <இறுதி நிலை கண் நீர் அழுத்தம்> உள்ளது என்றும் அதற்கு டையோடு லேசர் சைக்ளோ-போட்டோகோகுலேஷன் (டிஎல்சிபி) செய்ய வேண்டும் என்றும் எனக்கு அறிவுரை கூறப்பட்டது.

இந்த சிகிச்சை முறையின் குறிக்கோள் :

டிஎல்சிபி என்பது ஒரு கண் சிகிச்சை முறையாகும். இது எல்லாவித மருந்துகள் பயன் இல்லாமல் போகும் போதும், கண் அழுத்த சிகிச்சை பல முறை செய்த போதும் மற்றும் கண் அழுத்த வடிகால் சாதனங்கள் (Glaucoma Drainage Devices - GDDs) பயன்படுத்தப்பட்ட போதிலும், அதிக உள் கண் அழுத்தங்களைக் (IOPs) கட்டுப்படுத்த முடியாத மிக மோசமான கண் அழுத்த நோய் உள்ளவர்களுக்கு செய்யப்படுகிறது.

இந்த சிகிச்சை முறையின் பயன்கள் :

இந்த செயல்முறை கண் அழுத்தத்தை குறைப்பதற்கும், அதீதமான கண் அழுத்தத்தினால் வரும் கண் வலியைப் போக்குவதற்கும் பயனுள்ளதாக இருக்கும்.]

பக்கவிளைவுகள் :

1. கண்சிவத்தல்
2. கண் வலி
3. கண் வீக்கம்
4. மீண்டும் மீண்டும் தேவைப்படும் மருத்துவம்

5. கண் அழுத்தத்தைச் குறைக்கும் மருந்துகளின் தேவையை இந்தச் செயல்முறை குறைக்கலாம், இருப்பினும் சில மருந்துகள் கண் அழுத்தத்தை பராமரிக்க தேவைப்படலாம்.
6. அரிதாகக் கண் சிறியதாக ஆகலாம், அதாவது கண் சுருங்கிய தன்மைக்கு (Atrophic bulbi) போய்விடலாம்.
7. அரிதாக கருவிழி வெண்மையாக மாறலாம்.
8. அரிதாக அடுத்த கண்ணில் அழற்சி ஏற்படலாம். (Sympathetic Ophthalmia)
9. பார்வை இழப்பு.

கூடுதல் கருத்துக்கள் / விபரங்கள் :

இந்த சிகிச்சையானது கண் உள் மரத்துப் போகும் ஊசி மருந்து மூலம் செய்யப்படும்.

மாற்று சிகிச்சைகள் :

பார்வைத் திறனைப் பொறுத்து மாற்று அறுவைச் சிகிச்சைகள் தேவைப்படலாம். அவைகள் (micropulse cyclophotocoagulation, endo cyclophotocoagulation)

சிகிச்சை மேற்கொள்ளாத போது வரும் அபாயங்கள் :

வலி மிகுந்து கண் பார்வை அற்றுப் போகும் நிலை.

நோயாளியின் அறிவிப்பு :

அறுவைச் சிகிச்சையின் போது ஏதும் கூடுதல் சிகிச்சை நடவடிக்கை அவசியப்பட்டால் அதனை தேவைக்கிணங்க செய்யச் சம்மதிக்கிறேன்.

என் கண்ணில் உள்ள உபாதையை பொறுத்து அறுவைச் சிகிச்சையின் போது சில திசுக்களை அகற்றவும் அதனைப் பரிசோதனை செய்யவும் தேவை இருக்கலாம் என்று அறிவேன். சில திசுக்கள் அல்லது மாதிரிகள் எனது மருத்துவ பதிவுகளில் வைக்கப்படலாம்.

எனக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சை முறையை எனது அடையாளம் தெரியாமல் சேகரிக்க, பார்வையிட புகைப்படம் மற்றும் காணொளி எடுக்கவும், மருத்துவ மற்றும் ஆராய்ச்சிக்கு பயன்படுத்தவும் எனக்கு எந்த ஆட்சேபனையும் இல்லை.

மருத்துவக்குழுவிற்கு ஏதேனும் ஊசி முனை மூலம் காயம் ஏற்பட்டால் அவர்கள் நலனை கருத்தில்கொண்டு எனக்கு எச் ஐ வி மற்றும் பிற

இரத்தத்தின் வழியே பரவும் பிற நோய்களுக்கான பரிசோதனை செய்யவும் அவசியம் இருக்கலாம்.

சிறப்பு அறுவை சிகிச்சை நிபுணரைத் தவிர வேறு ஒரு மருத்துவர் இந்த சிகிச்சையை செய்யலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

அறுவைச் சிகிச்சை வெற்றிகரமாக இருக்கும் என்று எனக்கு எந்த உத்தரவாதமும் கொடுக்கப்படவில்லை.

இந்ந ஒப்புதல் படிவத்தின் நகல் முன்னதாகவே என்னிடம் பகிரப்பட்டு இதனை நான் படித்து ஆராய நேரமும் சந்தர்ப்பமும் வழங்கப்பட்டது.

மருத்துவக்குழுவினால் என் கண்ணில் உள்ள நோய் உபாதை, அதற்கான சிகிச்சை முறைகளும், மாற்று முறைகளும், ஏற்படுக்கூடும் அபாயங்களும் எனக்கு நன்கு விளக்கப்பட்டது. இதைப் பற்றி எனக்கு கேள்வி கேட்கவும், எனது சந்தேகங்களைத் தீர்க்கவும் சந்தர்ப்பம் அளிக்கப்பட்டது.

மேற்கூறப்பட்ட இந்த சிகிச்சை முறைக்கு எனது முழு சம்மதத்தை தெரிவிக்கிறேன்.

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

மருத்துவரின் பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் அறுவை சிகிச்சையின் தன்மை, எதிர்பார்க்கப்படும் வவிளைவுகள் மற்றும் அதன் அபாயங்களை நோயாளியிடம் தெளிவாக விளக்கியுள்ளேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

நான் நோயாளிக்கு சந்தேகங்களையும் கேள்விகளையும் கேட்க வாய்ப்பு கொடுத்துள்ளேன். அவற்றிற்கு நான் அவருக்கு புரியும்படி திருப்தியான பதில்களும் அளித்துள்ளேன்.

மருத்துவரின் கையெழுத்து
மருத்துவரின் பெயர்
தேதி
சாட்சி 1	சாட்சி 2
கையொப்பம்:	கையொப்பம்:.....
பெயர்:.....	பெயர்:.....
முகவரி:	முகவரி: ..
தொலைபேசி	தொலைபேசி:
கைபேசி.....	கைபேசி