

# ககி ஒளி (லேசர்) கண்நர் அழுத்தம் நீக்குதல் (இரிடோடோமி)

## 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 <குறுகிய நீர் பாதை> உள்ளது என்றும் அதற்கு லேசர் இரிடோடோமி செய்ய வேண்டும் என்றும் எனக்கு அறிவுரை கூறப்பட்டது.

## இந்த சிகிச்சை முறையின் குறிக்கோள் :

ஒளிமி கருவிழி திசுத் துளை (லேசர் ஐரிடோடோமி) என்பது குறுகிய நீர்ப்பாதை காரணமாக வரும் கண் அழுத்தத்தை (Narrow Angle Glaucoma) சரி செய்வதற்கான ஒரு செயல்முறையாகும். இதில் ஒளிமி (லேசர்), கருவிழியின் திசுக்களில் (ஐரிஸ் கண்ணின் நிறப் பகுதி) ஒரு சிறிய துளையை உருவாக்கப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. இது கண்ணின் பின்புறத்திலிருந்து முன்புற அறைக்கு வரும் திரவத்தை சுதந்திரமாக இயங்க அனுமதிக்கிறது.

## இந்த சிகிச்சை முறையின் பயன்கள் :

கண் அழுத்தத்தைக் கட்டுப்படுத்தவும் மற்றும் கருவிழி திசுக்களின் இடையே வடு உருவாவதைத் தடுத்தும் இந்த நோயை கட்டுப்பாட்டில் வைக்கிறது.

## பக்கவிளைவுகள் :

பார்வை மங்கல், கண் அழுத்தம் அதிகரிப்பு, கண் அழற்சி, கண்புரை, கருவிழியின் சேதாரம், கண்ணில் உள் இரத்தக்கசிவு, இரட்டைப் பார்வை, உருவாக்கிய திசுத் துளை மூடல், விழித்திரை / விழித்திரை மையப்பகுதி (macula) காயங்கள் ஆகியவை அடங்கும். கண்ணின் உள் சீழ் (Hypopyon), விழித்திரையின் நீர் கோர்ப்பு (Cystoid Macular Edema) மற்றும் பார்வையின்

மேல் தோல் மூடும் அழற்சி (Pupillary Pseudo Membrane) போன்ற சிக்கல்களுக்கு கூடுதல் மருத்துவம் அல்லது அறுவை சிகிச்சை தலையீடு தேவைப்படலாம்.

### கூடுதல் விபரங்கள் :

சில சந்தர்ப்பங்களில் இந்த செயல்முறையை முடிப்பதற்கு பல அமர்வுகள் தேவைப்படலாம். சில நபர்களுக்கு இந்த செயல்முறை குறைந்த முன்னேற்றம் அல்லது எந்த முன்னேற்றமும் கொடுக்காமலும் போகலாம். மேலும் கண் அழுத்த நோயின் கட்டுப்பாட்டிற்காக கூடுதல் மருந்து / அறுவை மருத்துவம் தேவைப்படலாம்.

### மாற்று சிகிச்சைகள்:

இயற்கை லென்சை நீக்கும் அறுவைச் சிகிச்சை சில சமயங்களில் செய்ய நேரிடலாம்.

### சிகிச்சை மேற்கொள்ளாத போது வரும் அபாயங்கள் :

கண் அழுத்த நோய் கட்டுப்படாமல், மீள முடியாத பார்வை இழப்பும், குருட்டுத் தன்மையும் ஏற்படலாம்.

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

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