

TRABECULECTOMY

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 <கண் அழுத்த நோய்> உள்ளது என்றும் அதற்கு Trabeculectomy with Antimetabolite சிகிச்சை செய்ய வேண்டும் என்று எனக்கு அறிவுரை கூறப்பட்டது.

இந்த சிகிச்சை முறையின் குறிக்கோள் :

கண் அழுத்த நோயை கண் மருந்துகளாலோ ஒளிமி சிகிச்சையினாலோ கட்டுப்படுத்த முடியாத கட்டத்தில் இந்த சிகிச்சை கண் அழுத்தத்தை குறைக்க அளிக்கப்படுகிறது. இந்த சிகிச்சை ஒரு மாற்றுப்பாதையை ஏற்படுத்தி கண் பின்புறத்தில் இருந்து முன் புற அறைக்கு வரும் திரவத்தை சுதந்திரமாக அனுமதிக்கிறது.

இந்த சிகிச்சை முறையின் பயன்கள் :

இந்த சிகிச்சை முறை கண் அழுத்தத்தைக் கட்டுப்படுத்தி பார்வையை பாதுகாப்பதாகும்.

பக்கவிளைவுகள் :

1. கண் புரை ஏற்பட்டு கண் புரை சிகிச்சை செய்ய நேரிடலாம். சில நேரங்களில் பார்வை குறைபாடும், அதற்கு கண் கண்ணாடி மாற்றவும் நேரிடலாம்.

2. கண் அழுத்த நோய் அறுவை மருத்துவத்துக்குப் பிறகு கண் அழுத்தம் மிக அதிகமாகவோ அல்லது மிகக் குறைவாகவோ ஏற்படலாம். அதற்குத் தேவையான பிற மருத்துவம் அல்லது அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படலாம்.
3. கண்ணில் இரத்தக்கசிவு.
4. நீடித்த சிவத்தல் மற்றும் நாள்பட்ட அழற்சியின் விளைவாக கண் வலி.
5. கண் எரிச்சல் அல்லது அசௌகரியம் தொடர்ந்து இருக்கலாம்.
6. அறுவை மருத்துவம் செய்தாலும், கண்ணில் ஏற்படும் கண் அழுத்த மாற்றங்களால் பார்வை மோசமாகிவிடக்கூடும்.
7. கண் வலி, கண் சிவத்தல் மற்றும் பார்வைக் குறைவு, கண் தொற்று, போன்ற நிலை ஆரம்பத்திலோ அல்லது அதற்குப் பிறகும் ஏற்படலாம்.
8. அரிதான சந்தர்ப்பங்களில், முழுமையான பார்வை இழப்பு ஏற்படலாம்.
9. கண்ணில் உடனடியாகவோ அல்லது தாமதமாகவோ கண் நீர் கசிவு ஏற்பட்டு அதற்கு கான்டாக்ட் லென்ஸ் பயன்படுத்துதல், கண்ணுக்கு கட்டு போடுதல் அல்லது மறு அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படலாம்.
10. கண் வறட்சி, நோய்த்தொற்றுகள் மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சை செய்யப்பட்ட இடத்தில் இருந்து கசிவு ஏற்படலாம்.
11. மேல் இரப்பையின் உள்பக்கத்தில் அறுவைச் சிகிச்சை செய்த இடத்தில் வெண்மையான கட்டி காணப்படலாம்.
12. கண் இமை கீழ் இறங்குதல்.

கூடுதல் விபரங்கள்

கண் அழுத்த நோய் அறுவை சிகிச்சை தொடர்பான சிக்கல்கள் பல நேரங்களில் ஏற்படலாம். இந்த சிக்கல்கள் நாட்கள், வாரங்கள், மாதங்கள் அல்லது வருடங்கள் கழித்தும் ஏற்படலாம். அவை பார்வை இழப்பு அல்லது முழுபார்வையின்மையை ஏற்படுத்தலாம். எனவே அறுவை மருத்துவத்துக்குப் பிறகு மருத்துவரின் ஆலோசனையை பின்பற்றி அடிக்கடி கண் பரிசோதனை செய்வது கட்டாயமாகும். முழுமையாகக் குணமடைந்த பிறகும், கண் அழுத்தத்தைக் கண்காணிக்கவும், மற்ற பிரச்சனைகளைக் கண்டறியவும் வழக்கமான கண் பரிசோதனை அவசியம்.

மாற்று சிகிச்சைகள்:

1. கண் அழுத்த நோய் கட்டுப்படுத்தும் சொட்டு மருந்துகளை தொடரவோ அல்லது அதிக படுத்தவோ நேரிடும்.
2. லேசர் சிகிச்சை தேவைப்படலாம்.
3. வடிகால் சாதனங்கள் தேவைப்படலாம்.
4. கண் அழுத்த நோயை கட்டுப்படுத்தும் சிறப்பு அறுவைச் சிகிச்சைகள் 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