



Macugen™ இன்ட்ராவிட்ரியல் ஊசி

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின்பெயர்.....வயது/பாலினம்.....

நோயாளியின் அடையாளம்:.....தேதி.....

மகன்/மகள்.....

முகவரி.....தொலைபேசி.....

மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

அறிகுறிகள் வயது தொடர்பான மாகுலர் சிதைவின் ஈர வடிவம் (நியோவாஸ்குலர்) எனப்படும் கண் சிக்கல் உள்ள பெரியவர்களுக்கு மருத்துவம் அளிக்க Macugen பயன்படுத்தப்படுகிறது.

மாகுலர் சிதைவு குருட்டுத்தன்மைக்கு வழிவகுக்கும் பார்வை இழப்பை ஏற்படுத்துகிறது.

முரண்பாடுகள் உங்கள் கண்ணில் அல்லது அதைச் சுற்றி தொற்று இருந்தால் Macugen ஐப் பயன்படுத்த வேண்டாம் சாத்தியமான வரம்புகள் மேலும் பார்வை இழப்பைத் தடுப்பதே சிகிச்சையின் குறிக்கோள். சில நோயாளிகள் பார்வையை மீண்டும் பெற்றிருந்தாலும், மருந்துகள் ஏற்கனவே இழந்த பார்வையை மீட்டெடுக்காது, மேலும் நோயினால் ஏற்படும் பார்வை இழப்பை இறுதியில் தடுக்காது. மாற்றுகள் உங்கள் நிலைக்கு நீங்கள் மருத்துவம்பெற வேண்டியதில்லை, இருப்பினும் மருத்துவம் இன்றி, இந்த நோய்கள் மேலும் பார்வை இழப்பு மற்றும் குருட்டுத்தன்மைக்கு வழிவகுக்கும், சில நேரங்களில் மிக விரைவாக. மருத்துவம் பிற வடிவங்கள் உள்ளன. தற்போது, நியோவாஸ்குலர் வயது தொடர்பான மாகுலர் சிதைவுக்கு மூன்று FDA- அங்கீகரிக்கப்பட்ட மருத்துவ உள்ளன. முதலாவதாக, விசுடைன் டிஎம் என்ற மருந்துடன் கூடிய போட்டோடைனமிக் மருத்துவம் மற்ற இரண்டு மக்குஜென் TM இன் கண்ணில் ஊசி. மற்றும் லூசென்டிஸ் TM . எஃப்.டி.ஏ-அங்கீகரிக்கப்பட்ட மருந்துகளுக்கு கூடுதலாக, சில கண் மருத்துவர்கள் இன்ட்ராவிட்ரியல் அவாஸ்டின் TM மற்றும் ட்ரையம்சினோலோன் –”ஆஃப்-லேபிள்” ஆகியவற்றைப் பயன்படுத்துகின்றனர்.

பக்க விளைவுகள் Macugen உடன் மிகவும் பொதுவான பக்க விளைவுகள் பின்வருமாறு: 1. கண் அழற்சி



2. மங்கலான பார்வை அல்லது பார்வை மாற்றங்கள்

3. கண்புரை

4. கண்ணில் இரத்தப்போக்கு

5. கண் வீக்கம்

6. கண் வெளியேற்றம்

7. கண் எரிச்சல் அல்லது அசௌகரியம்

8. கண் வலி

9. உங்கள் பார்வையில் "புள்ளிகளை" பார்ப்பது நோயாளியின் பொறுப்புகள் நான் கர்ப்பமாக இருந்தாலோ, கருத்தரிக்கத் திட்டமிட்டிருந்தாலோ அல்லது தாய்ப்பால் கொடுத்தாலோ மருத்துவரிடம் தெரிவிப்பேன். நோய்த்தொற்றின் பின்வரும் அறிகுறிகள் அல்லது பிற சிக்கல்கள் ஏதேனும் ஏற்பட்டால் நான் உடனடியாக எனது மருத்துவரைத் தொடர்புகொள்வேன்: வலி, மங்கலான அல்லது பார்வைக் குறைபாடு, ஒளியின் உணர்திறன், கண் சிவத்தல் அல்லது கண்ணிலிருந்து வெளியேற்றம். ஊசிக்குப் பிந்தைய அனைத்து சந்திப்புகளையும் நான் வைத்திருப்பேன், இதனால் எனது மருத்துவர் சிக்கல்களை சரிபார்க்க முடியும். என் உடலின் மற்ற உறுப்புகளைப் பாதிக்கும் கடுமையான சிக்கல்கள் குறைவாக இருந்தாலும், மலச்சிக்கல் மற்றும் வாந்தி, அசாதாரண இரத்தப்போக்கு, மார்பு வலி, கடுமையான தலைவலி, பேச்சுத் தொய்வு அல்லது பலவீனம் ஆகியவற்றுடன் வயிற்று வலி ஏற்பட்டால் உடனடியாக எனது மருத்துவரைத் தொடர்புகொள்வேன். உடல். கூடிய விரைவில், இந்த பிரச்சனைகளை மருத்துவம் செய்யும் கண் மருத்துவரிடம் தெரிவிப்பேன். நான் அறுவை மருத்துவம் செய்வதற்கு முன் நிறுத்தப்பட வேண்டிய மருந்தை உட்கொண்டிருப்பதாக வேறு எந்த அறுவை மருத்துவருக்கும் தெரிவிப்பேன்

நோயாளியின் ஒப்புதல்

மேலே உள்ள விளக்கம் நான்/எனக்கு படித்தது. என் கண் நிலையின் தன்மை எனக்கு விளக்கப்பட்டது மற்றும் முன்மொழியப்பட்ட மருத்துவம்விவரிக்கப்பட்டுள்ளது. மருத்துவத்தின் அபாயங்கள், நன்மைகள், மாற்று வழிகள் மற்றும் வரம்புகள் என்னுடன் விவாதிக்கப்பட்டுள்ளன. எனது எல்லா கேள்விகளுக்கும் பதில் கிடைத்துவிட்டது. Macugen™ ஆனது மெட்டாஸ்டேடிக் பெருங்குடல் புற்றுநோய்க்கான மருத்துவத்துக்காக FDA ஆல் அங்கீகரிக்கப்பட்டது மற்றும் கண் நோய்களுக்கான மருத்துவத்துக்கு



அங்கீகரிக்கப்படவில்லை என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். இருப்பினும், நான் Macugen TM உடன் மருத்துவம் பெற விரும்புகிறேன், மேலும் எனது மருத்துவர் என்னுடன் கலந்துரையாடிய சாத்தியமான அபாயங்களை ஏற்க நான் தயாராக இருக்கிறேன். என் பாதிக்கப்பட்ட கண்ணில் உள்ள இன்ட்ராவிட்ரியல் மக்குஜென் டி.எம்.ஐ தேவைக்கேற்ப மருத்துவம் அளிக்கும் கண் அறுவை மருத்துவருக்கு நான் இதன் மூலம் அங்கீகரிக்கிறேன்.

இந்த ஒப்புதலை நான் திரும்பப்பெறும் வரை அல்லது இந்த மருந்தின் அபாயங்களும் நன்மைகளும் எனக்குக் கணிசமாக வேறுபடும் அளவிற்கு எனது நிலை மாறும் வரை செல்லுபடியாகும்.

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

மருத்துவரின் விளம்புதல்:

நான் செய்ய வேண்டிய செயல்முறையின் தன்மை மற்றும் விளைவுகளை விளக்கியுள்ளேன் என்றும், குறிப்பாக நோயாளிக்கு ஏற்படும் அபாயங்கள் குறித்து விவாதித்ததாகவும் அறிவிக்கிறேன். நான் நோயாளிக்கு கேள்விகளைக் கேட்க ஒரு வாய்ப்பைக் கொடுத்துள்ளேன், நான் இதற்குப் பதிலளித்துள்ளேன்.

மருத்துவரின் கையெழுத்து
மருத்துவரின் பெயர்
தேதி

சாட்சி 1	சாட்சி 2
கையொப்பம்:.....	கையொப்பம்:.....
பெயர்:.....	பெயர்:.....
முகவரி:	முகவரி:
தொலைபேசி	தொலைபேசி:.....
கைபேசி.....	கைபேசி