கருவிழி வளையம்-பகுதி நீக்கம் (ஆப்டிகல் ஐரிடெக்டோமி)

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின் பெயர்.................................வயது/பாலினம் ....
நோயாளியின்அடையாளம்: ....தேதி ....
மகன்/மகள...(முகவரி...
தொலைபேசி...

மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

என்னுடைய குழந்தையின் கருவிழியில் ஒரு பகுதி வெண்படலமாக (corneal opacity) உள்ளது , ஒளி புகக்கூடிய கருவிழி .... புறமாக உள்ளது ., ஆகவே ஒளி புகும் பகுதியில் அறுவை சிகிச்சை செய்து ஐரிஸ் சுருங்கு தசையை வெட்டி நீக்குவதன் மூலம் பார்வையை மேம்படுத்தலாம் என்பதை எனக்கு புரியும்படியான மொழியில் விளக்கப்பட்டு அறிந்து கொண்டேன்.

கருவிழியின் வெண்படலம் நிரந்தரமானது, அதிகரிக்கக் கூடியது என்பதையும் , அறுவை சிகிச்சைக்குப் பின்னரும் வெண்மை அதிகரித்து கருவிழியே மாற்ற வேண்டிய (corneal transplant) சூழ்நிலை ஏற்படலாம் என்பதையும் விளக்கக்கேட்டு புரிந்து கொண்டேன்.

இந்த சிகிச்சையினால் பின்னர் கண்புரை ஏற்பட்டு , கண்புரை அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படலாம் என்பது கூறப்பட்டது. கிருமித் தொற்று ஏற்படலாம்(infection) .ஐரிஸ் திசுவிலிருந்து ரத்தக்கசிவு ஏற்பட்டு அதனால் கண் நீர் அழுத்தம் அதிகரிக்கலாம் .

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பின்னரும் பார்வை மோசமாகலாம், பார்வை மேம்படாமல் போகலாம், அறுவை சிகிச்சையாலோ மருந்துகளாலோ கண் நீர் அழுத்தம் (glaucoma) ஏற்படலாம், astigmatism எனப்படும் பலதளப் பார்வைக் குறைபாடு ஏற்படலாம்..

மறு அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படலாம். அதன் மூலமும் பார்வை கிடைக்காமல் போகலாம். பல வருடங்களுக்குத் தொடர்ந்து மருத்துவரிடம் பலவிதமான பரிசோதனைகள் செய்து கொள்ள வேண்டும். மருந்துகளை அறிவுறுத்தப்பட்டபடி உபயோகித்தால் மட்டுமே பார்வை மேம்படும் என்பது தெளிவாக விளக்கப்பட்டது. திடீரென்று கண்ணில் சிவப்பு, வலி, கூச்சம், பார்வை குறைதல் ஏற்பட்டால் அவை கிருமித் தொற்றின் (endophthalmitis) அறிகுறி

என்பதையும், அப்போது உடனே துரிதமாக கண்மருத்துவரை நாட வேண்டும் என்பதையும் தெளிவாக விளக்கினார்கள். கடின முயற்சிகளுக்குப் பிறகும் பார்வை மோசமாகவோ , கண் விகாரமாகவோ (cosmetic disfigurement) வாய்ப்புள்ளது என்பதை உணர்ந்தேன்.

இவை அனைத்தையும் நன்கு புரிந்து கொண்டு எனது குழந்தைக்கு வலது/ இடது கண்ணில் optical iridectomy எனப்படும் ஐரிஸ் திசுவை வெட்டி எடுக்கும் அறுவை சிகிச்சை செய்ய ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

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

மருத்துவரின் விளம்பல்

நோயாளிக்கு தேவைப்பட்ட அறுவை சிகிச்சை அதன் சாதக பாதகங்களை அவருக்கு தெளிவாக எடுத்துரைத்தேன் என்று உறுதி அளிக்கிறேன்.

நோயாளிக்கு சந்தேகங்களை கேட்க வாய்ப்பளித்து விடையளித்தேன்.

மருத்துவரின் கையெழுத்து ....
மருத்துவரின் பெயர் ....
தேதி ....

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