

உறைநிலை இழைம அழிப்பு அறுவைமருத்துவம்,(கிரையோசர்ஜரி)

நோயாளியின்தரவு

நோயாளியின்பெயர் வயது/பாலினம்
நோயாளியின் அடையாள எண்:..... தேதி..... மகன்/மகள்.....
முகவரி..... தொலைபேசி.....

முன்மொழியப்பட்ட மருத்துவம்

என் (நோயாளியின்பெயர்) வலது / இடது /
இரண்டுகண்ணில் விழித்திரைப்புண் உள்ளது என்பதையும், இது
..... க்கு ஆபத்துகாரணியாக உள்ளது எனவும் மருத்துவர்
விளக்கியுள்ளார். இதற்கு கிரையோசர்ஜரி முன்மொழியப்பட்டுள்ளது

அபாயங்கள்

இவை பொதுவான அபாயங்கள்.

இங்கே பட்டியலிடப்படாத பிற அசாதாரண அபாயங்கள் இருக்கலாம்.

மயக்கமருந்துகளை பயன்படுவது வதன் மூலம் (குழந்தைகளுக்கு)
ஆபத்துகள் உள்ளன என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

பயன்படுத்தப்பட்ட மருந்துகளில் ஏதேனும் பக்கவிளைவுகளை ஏற்படுத்தலாம்.

பொதுவான பக்கவிளைவுகளில் லேசான தலைச்சுற்றல், குமட்டல்,
தோல்வெடிப்பு மற்றும் மலச்சிக்கல் ஆகியவை அடங்கும்.

கிரையோசர்ஜரி பின்வரும் குறிப்பிட்ட அபாயங்களையும் வரம்புகளையும் கொண்டு
உள்ளது என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்:

1. பெரும்பாலான விழித்திரைப்புண்களுக்கு சிகிச்சையளிக்க முடியும் என்றாலும்,
அது 100% பலனளிக்காது. சில சந்தர்ப்பங்களில்,
இரண்டு முறைகள் அல்லது அதற்கும் மேலாக சிகிச்சை தேவைப்படலாம்.

2. கருவிழியில் காயம்

3. விழித்திரைப்பிரிதல் அல்லதுமாகுலர்புக்கரிங்.
இவற்றிற்குகூடுதல் அறுவைசிகிச்சைதேவைப்படலாம்

4. வீக்கம்

5. கண்விழித்திரைநிறமிதொந்தரவுகள்

6. கண்ணில்இரத்தப்போக்கு

கண்ணைச்சுற்றிஉணர்வின்மைஉண்டாக்கும்மயக்கஊசியின்சிக்கல்கள்பின்வரு
மாறு:

1. கண்இமைதுளைத்தல்

2. பார்வைநரம்புஅழிவு

3. விழித்திரையின்சுழற்சியில்குறுக்கீடு

4. கண்இமைதொங்கிகாணப்படுதல்

5. மூச்சுசுவாசகோளாறுகள்

6. ரத்தஅழுத்தம்குறைவது

தனிப்பட்டஅபாயங்கள்

இந்தஅறுவைசிகிச்சைசெய்வதில்பின்வருபவைஎனதுதனிப்பட்டசூழ்நிலைக்குசா
த்தியமானகுறிப்பிடத்தக்கஅபாயங்கள்மற்றும்சிக்கல்கள்என்பதைநான்புரிந்து
கொண்டேன்

.....

நோயாளியின் அறிவிப்பு

கண்மருத்துவக்குழுவைச் சேர்ந்த மருத்துவர்கள் அறுவை சிகிச்சைப் பற்றியும் அதற்க்கு மாற்று சிகிச்சைகள் பற்றியும் விளக்கியுள்ளனர்.

இதைப் பற்றிய எனது கேள்விகளை கேட்கவாய்ப்பளிக்கப்பட்டது.

எனது கேள்விகளுக்கு திருப்திகரமான பதில்களும் அளிக்கப்பட்டன.

இந்த அறுவை சிகிச்சையில் எனக்கும் எனது கண்ணிற்கும் ஏற்படக்கூடும் அபாயங்கள் பற்றி மருத்துவமற்றும் அவரது குழுவிடம் கலந்துரையாடியுள்ளேன்.

அறுவை சிகிச்சையின் பொழுது, தேவைப்பட்டால், சில செயல்முறைகளை சேர்த்து செய்ய வேண்டும் என்று அறிகிறேன். எனது மருத்துவர் அவற்றை மேற்கொள்ள நான் சம்மதிக்கிறேன்.

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

அறுவை சிகிச்சையின் போது அகற்றப்படும் திசுக்களை மருத்துவமனை அதிகாரிகள் அகற்ற ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

சில திசுக்கள் அல்லது மாதிரிகள் எனது மருத்துவ பதிவுகளில் வைக்கப்படலாம்.

அறுவை சிகிச்சை வெற்றிகரமாக இருக்கும் என்று எனக்கு எந்த உத்தரவாதமும் கிடைக்கவில்லை.

என்னுடன் வீட்டிற்கு எடுத்துச் செல்ல இந்தப் படிவத்தின் நகலைப் பெற்றுள்ளேன்.

அறுவை சிகிச்சையின் போதும் ஊழியர்களுக்கு ஊசி அல்லது கூர்மையான பொருட்களின் மூலம் காயம் ஏற்பட்டால்,

இரத்தத்தை எடுத்து எச்.ஐ.வி மற்றும் பிற ரத்தத்தின் வழியே பரவும் நோய்களை பரிசோதிக்க எனது அனுமதியை வழங்குகிறேன்.

அறுவை சிகிச்சைக்குப்பிறகு, இது அவசியமானால், விரைவில் எனக்கு ஆலோசனை வழங்கப்படும் என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

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

மருத்துவரின் பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் அறுவைசிகிச்சையின்தன்மை,
 எதிர்பார்க்கப்படும் விளைவுகளை மற்றும் அதன் அபாயங்களை நோயாளியிடம்தெளிவாக விளக்கியுள்ளேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

நான் நோயாளிக்கு சந்தேகங்களையும் கேள்விகளையும் கேட்கவாய்ப்பு 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.....