

மின் உடலியல் சோதனைகள்

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின் பெயர்..... வயது/பாலினம்

நோயாளியின் அடையாளம்: தேதி

மகன் / மகள் முகவரி.....

தொலைபேசி.....

மின் விழித்திரை பரிசோதனை (Electroretinogram)

இந்த பரிசோதனை மின்முனைகளை உள்ளடக்கியது. அவை கருவிழி மீதும் கண்ணிற்கு அருகே உள்ள தோலின் மீதும் பொருத்தப்படுகின்றன. விழித்திரையின் மீது ஒளி விழும் பொழுது, ஒரு சமிக்ஞை உருவாகிறது. இது விழித்திரையில் செயல்பாட்டினை காட்டுகிறது.

இந்த சோதனை 45 நிமிடங்கள் முதல் 1 மணிநேரம் வரை எடுக்கும். 30 நிமிடங்கள் இருந்த அறையின் அமர்ந்து கண்களை இருட்டிற்கு பழக்கப்படுத்த வேண்டும். அது சற்றே சோர்வளிக்கக்கூடும். அரிதாக கான்டாக்ட் லென்ஸ் மின்முனைகள் கார்னியாவில் அசௌகரியம் அல்லது சிராய்ப்பு ஏற்படுத்தலாம். இதற்கு தக்க மருந்துகள் செலுத்தப்பட வேண்டியிருக்கும். இந்த சோதனைக்கு, கண் பாப்பா விரிவுபடுத்த வேண்டும், அதன் பிறகு நீங்கள் குறைந்த பட்சம் 3-4 மணிநேரம் வாகனம் ஓட்டுவதோ கிட்டப்பார்வையை பயன்படுத்தி வேலை செய்வதோ இயலாது. சில நேரங்களில், மிகச் சிறிய குழந்தைகள் அல்லது ஒத்துழைக்காத நோயாளிகளுக்கு இந்த பரிசோதனை மயக்க நிலையை உண்டாக்கி செய்யப்படும்

பார்வையினால் எழும் மின் சமிக்ஞை (Visually evoked potential)

இந்த பரிசோதனையானது தோலில் வைக்கப்படும் எலெக்ட்ரோடுகளை கொண்டு செய்யப்படுகிறது. கண்ணிற்கு தெரியும்படி ஒரு ஒளி எழுப்பப்படும். இதன் மூலம் பார்வையை எடுத்துச்செல்லும் நரம்புமண்டலத்தின் பாதையிலிருந்து ஒரு சமிக்ஞை உருவாக்கப்படுகிறது. இந்த சமிக்ஞையின் மூலம் மொத்த பார்வைக்கு உண்டான மொத்த நரம்பு பாதையின் செயல்பாட்டை நமக்கு சொல்கிறது. இந்த பரிசோதனை செய்ய சுமார் 30-45 நிமிடங்கள் ஆகும். இந்த சோதனைக்கு, கண் பாப்பாவை விரிவுபடுத்த தேவையில்லை. சில நேரங்களில், மிகச் சிறிய குழந்தைகள் அல்லது ஒத்துழைக்காத நோயாளிகளுக்கு, இந்த பரிசோதனை முழுமையாக்கம் கொடுக்கப்பட்டு மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும்.

மின் கண் பரிசோதனை (Electro-oculogram)

இந்த பரிசோதனை தோலில் வைக்கப்படும் மின்முனைகளை கொண்டு செயல்படுகிறது. கண்கள் நகர்வதைபொருத்து, விழித்திரையில் இருந்து ஒரு சமிக்ஞை உருவாக்கப்படுகிறது. இந்த சமிக்ஞையை ஆராய்ந்து விழித்திரை செயல்பாட்டை நாம் கணிக்கலாம். சோதனை சுமார் 30-45 ஆகும். இந்த சோதனைக்கு கண் பாபாவை விரிவுபடுத்த தேவையில்லை.

நோயாளியின் அறிவிப்பு

கண் மருத்துவக் குழுவைச் சேர்ந்த மருத்துவர்கள் கண்ணீருக்கு தேவையான மின் உடலியல் பரிசோதனைகளை பற்றி விளக்கியுள்ளனர். இதைப்பற்றிய எனது கேள்விகளை கேட்க வாய்ப்பளிக்கப்பட்டது. எனது கேள்விகளுக்கு திருப்திகரமான பதில்களும் அளிக்கப்பட்டன.

மேற்கூறியவற்றை நன்கு உணர்ந்து, இந்த பரிசோதனைக்கு எனது முழு சம்மதத்தை தெரிவிக்கிறேன்.

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

மருத்துவரின் பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் கண்ணீருக்கு தேவையான மின் உடலியல் பரிசோதனைகளை பற்றி அதன் தன்மை, எதிர்பார்க்கப்படும் விளைவுகளை 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

சாட்சி 2

கையொப்பம்:

கையொப்பம்:.....

பெயர்:.....

பெயர்:.....

முகவரி:

முகவரி: ..

தொலைபேசி

தொலைபேசி:

கைபேசி.....

கைபேசி