

## கண் உள் IVK, SCTA, PST, OZURDEY (ஸ்டீராய்ட்) மருந்து (ஊசி மூலம்) சிகிச்சைக்கு ஒப்புதல்

### நோயாளியின் தரவு

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

### முன்மொழியப்பட்ட மருத்துவம்

என் கண் மருத்துவர் ..... ஆகிய எனக்கு வலது/  
இடது கண்ணில் ..... இருப்பதாக தெரிவத்தார்.  
அதற்கு கண் உள் IVK, SCTA,PST, OZURDEY ( ஸ்டீராய்ட்) மருந்து (ஊசி  
மூலம் செலுத்தி சிகிச்சை செய்ய வேண்டும் என்றும் எனக்கு அறிவுரை  
கூறப்பட்டது.

### அபாயங்கள்

கீழ்க்கண்டவாறு இந்த சிகிச்சை முறையின் சில பக்க விளைவுகள் மற்றும்  
தன்மைகளும் உள்ளதென்று தெரிந்து கொண்டேன்.

1. IVK, SCTA,PST, OZURDEY ( ஸ்டீராய்ட்) போன்ற மருந்து கண்ணுக்குள்  
செலுத்தி விழியின் இரத்த நாளங்களை கசியாமல் தடுப்பதே நோக்கமாகும்.
2. இது போன்ற கசிவுகள் வயோதீகம், சர்க்கரை நோய், இரத்த அழுத்தம்,  
விழித்திரை இரத்த நாளங்களில் ஏற்படும் அடைப்பு போன்றவற்றால்  
ஏற்படலாம்.
3. இது போன்ற கசிவு அடக்கப்பட்டால் ஒன்று பார்வை அதிகரிக்க அல்லது  
குறைந்த பட்சம் மேலும் குறையாமல் தடுக்கலாம்,
4. மிகவும் அரிதான சந்தர்ப்பத்தை தவிர இழந்த பார்வையை முழுவதும்  
திரும்ப  
பெறுவது கடினம்.
5. சிகிச்சை முழு பலன் அடைய பலமுறை ஊசி போட வேண்டிய அவசியம்

இருக்கும்.

6. சில நேரம் கசிவு கட்டுப்பாட்டு பல மாதங்கள் ஆகிய பிறகும் மீண்டும் கசிவு ஏற்பட்டு மீண்டும் ஊசி போட வேண்டிய அவசியம் ஏற்படலாம்.
7. அரிய சந்தர்ப்பங்களில் பலமுறை ஊசி செலுத்தியும் பலன் இன்றி மேலும் சக்தி வாய்ந்த வேறு ஊசி அல்லது லேசர் செய்ய வேண்டிய அவசியம் வரலாம்.
8. லேசான வீக்கம், கண் வெள்ளை முழியில் இரத்தம் உறைதல், உருத்தல் மற்றும் வலி பார்வையில் சிறு புள்ளிகள் தெரிதல் போன்ற சில பார்வைக்கு ஆபத்து அல்லாத பக்க விளைவுகள் ஏற்படலாம்.
9. மிகவும் அரிதாக கண்ணுள் சீழ் கோற்றல், விழித்திரை விலகல், முழி உள் இரத்தம் உறைதல் கண் நீர் அழுத்தம் அதிகரித்தல், கண் புரை உண்டாகுதல் போன்ற பார்வைக்கு சில ஆபத்தான பக்க விளைவுகள் ஏற்படலாம். மருத்துவ குழு அதன் போன்ற நிகழ்வுகளை தவிர்க்க மற்றும் மீறி ஏற்பட்டால் அதற்கு சிகிச்சை அளிப்பார்கள்.

### நோயாளியின் அறிவிப்பு

மேற்கூறிய அனைத்தும் நான் படித்தேன்/எனக்கு படித்து காட்டப்பட்டது எனக்கு கேள்வி கேட்கவும் எனது சந்தேகங்களை தீர்க்கவும் சந்தர்ப்பம் அளிக்கப்பட்டது. மேற்கூறிய காரணங்களினால் நான் இந்த சிகிச்சை முறைக்கு எனது முழு சம்மதத்தை தெரிவிக்கிறேன்.

நோயாளி/பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் கையொப்பம்/கட்டை விரல் பதிவு..... பெயர் ..... உறவு .....

தேதி.....(முகவரி.....

தொலைபேசி (அலு)..... (வீடு)..... (கைபேசி .....

## மருத்துவரின் பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் அறுவை சிகிச்சையின் தன்மை, எதிர்பார்க்கப்படும் விளைவுகள் மற்றும் அரசு அபாயங்களை நோயாளியிடம் தெளிவாக விளக்கியுள்ளேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

நான் நோயாளிடம் அவரது தனிப்பட்ட நிலையை பொறுத்து சிகிச்சை முறையின் விவரம் விளைவுகள் ஏற்படக் கூடிய இடர்பாடுகள் பற்றி கலந்து ஆலோசித்தேன் என உறுதி அளிக்கின்றேன். நோயாளி அவரது சந்தேகங்களை கேட்பதற்கு வாய்ப்பளித்து அதற்கு தகுந்த பதில் கூறியுள்ளேன்.

மருத்துவரின் கையொப்பம் .....

மருத்துவரின் பெயர் .....

தேதி .....

சாட்சி 1

கையொப்பம் .....

பெயர் .....

முகவரி .....

தொலைபேசி.....

கைபேசி.....

சாட்சி 2

கையொப்பம் .....

பெயர் .....

முகவரி .....

தொலைபேசி .....

கைபேசி.....