

மாகுலோபதிக்கான லேசர் ஒளிச்சேர்க்கை

நோயாளியின் தரவு

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

முன்மொழியப்பட்ட மருத்துவம்

என் (நோயாளியின் பெயர் வலது / இடது / இரண்டு கண்ணில் விழித்திரை மையப்பகுதியான மாகுளாவில் (தெளிவான மையப் பார்வைக்கான விழித்திரையின் முக்கிய பகுதி - Macula) நீரிழிவு நோய், இரத்தக்குழாய் அடைப்பு, வயது சம்மந்தமான மாகுளா சீரழிவு, போன்ற நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளது என்று அறிகிறேன். அதற்கு நான் டாக்டர்..... எனது வலது / இடது கண்ணில் உள்ள மாகுளாவின் மாற்றங்களுக்கு சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சை அளிக்க ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

நீரிழிவு நோய் மற்றும் இரத்தக்குழாய் அடைப்பில் சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சையின் நோக்கமானது இரத்த நாளங்கள் மற்றும் தந்துகியின் அசாதாரண குழாய்களை மூடுவதாகும். இதை குழாய்களிலிருந்து தான் நீர் கசிந்து விழித்திரையில் தேங்குகிறது. வயது தொடர்பான மாகுலர் சிதைவில், விழித்திரையில் அடிப்பகுதியில் உருவாகியுள்ள மென்படலத்தை அழிப்பதே இந்த சீரொளி சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சையின் நோக்கம்.

சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சைக்கு பிறகு, சிறிது பார்வை முன்னேற்றம் ஏற்பட வாய்ப்புள்ளது. நீங்கள் கண் பார்வை பரிசோதனையில் ஒரு வரி அல்லது இரண்டு வரிகளை அதிகமாக படிக்கலாம். சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சை தங்களுக்கு இருக்கும் பார்வையை பராமரிக்க உதவுகிறது. ஒரு குறிப்பிட்ட அளவிற்கு மேல் பார்வை மோசமடைவதை தடுக்கிறது. சில சந்தர்ப்பங்களில், விழித்திரை மையப்பகுதியான மாகுளாவில் உருவாகும், தடுக்க முடியாத மாற்றங்களால், சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சை செய்தபோதிலும் பார்வை மோசமடையக்கூடும்.

வயது தொடர்பான மாகுலர் சிதைவு ஏற்பட்டால், மேக்குலாவின் மையத்தில் அல்லது அதற்கு மிக அருகில் லேசரைப் பயன்படுத்த வேண்டியிருக்கும். அப்பொழுது, பார்வையின் உடனடி வீழ்ச்சி தெரியலாம். எனினும், நீண்ட பல வருடங்களுக்கான பார்வையை காப்பாற்ற இந்த லேசர் உதவும். கண் உணர்வின்மை உண்டாக கண்களை சுற்றி ஊசி

மருந்தைசெலுத்த நேர்ந்தால், மிக அரிதாக அந்த ஊசி கண்களை துளைக்க வாய்ப்புள்ளது.

சீரொளி (லேசர் / Laser) ஒன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட முறைகள் செய்யப்படலாம். மறுபரிசோதனைகளின் பொது, மாகுளாவின் பழைய நோய்க்காகவோ, புதிதாக தோன்றும் நோய்க்காகவோ மீண்டும் லேசர் சிகிச்சை தேவைப்படலாம்.

சிகிச்சைக்குப் பிறகு, சிகிச்சையின் பலனை கண்காணிக்கவும், நோயின் நிலையில் ஏதேனும் மாற்றங்களைக் கண்டறியவும் அவ்வப்போது மறுபரிசீலனை செய்வது அவசியம். அவ்வாறு செய்யும் பொழுது, விழித்திரையில், மேலும் சிகிச்சை தேவைப்படும் அறிகுறிகளை கண்டறியலாம். இந்த லேசர் சிகிச்சைக்குப் பிறகு, மருத்துவர் கூறிய கால இடைவேளைகளில், தாமதிக்காமல், மீண்டும் வந்து மருத்துவரை சந்தித்து ஆலோசனை பெறுவது நோயாளியான எனது கடமை என்று உணர்கிறேன்.

இந்த நடைமுறையின் தன்மை மற்றும் நோக்கம், இதில் உள்ள அபாயங்கள், மாற்று வழிகள் மற்றும் சாத்தியமான சிக்கல்கள் என் மருத்துவரால் எனக்கு விளக்கப்பட்டது. எனது எல்லா கேள்விகளும் கேட்க வாய்ப்பளிக்கப்பட்டது, அவைகளுக்கு திருப்திகரமாக பதிலளிக்கப்பட்டுள்ளன. இவை அனைத்தும் எனக்கு புரியும் மொழியில் விளக்கப்பட்டுள்ளது.

தனிப்பட்ட அபாயங்கள்

இந்த சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சை செய்வதில் பின்வருபவை எனது தனிப்பட்ட சூழ்நிலைக்கு சாத்தியமான குறிப்பிடத்தக்க அபாயங்கள் மற்றும் சிக்கல்கள் என்பதை நான் புரிந்துகொண்டேன்

.....

நோயாளியின் அறிவிப்பு

கண் மருத்துவக் குழுவைச் சேர்ந்த மருத்துவர்கள் சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சை பற்றியும் அதற்கு மாற்று சிகிச்சைகள் பற்றியும் விளக்கியுள்ளனர். இதைப்பற்றிய எனது கேள்விகளை கேட்க வாய்ப்பளிக்கப்பட்டது. எனது கேள்விகளுக்கு திருப்திகரமான பதில்களும் அளிக்கப்பட்டன.

இந்த சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சையில் எனக்கும் எனது கண்ணிற்கும் ஏற்படக்கூடும் அபாயங்கள் பற்றி மருத்துவர் மற்றும் அவரது குழுவிடம் கலந்துரையாடியுள்ளேன்.

சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சையின் பொழுது, தேவைப்பட்டால், சில செயல்முறைகளை சேர்த்து செய்யவேண்டும் என்று அறிகிறேன். எனது மருத்துவர் அவற்றை மேற்கொள்ள நான் சம்மதிக்கிறேன்.

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

சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சை சிகிச்சை வெற்றிகரமாக இருக்கும் என்று எனக்கு எந்த உத்தரவாதமும் கிடைக்கவில்லை.

என்னுடன் வீட்டிற்கு எடுத்துச் செல்ல இந்தப் படிவத்தின் நகலைப் பெற்றுள்ளேன்.

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

மருத்துவரின் பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் சீரொளி (லேசர் / Laser) சிகிச்சையின் 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
கையொப்பம்:
பெயர்:.....
முகவரி:
தொலைபேசி
கைபேசி.....

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