

பல்கிப் பெருகும் விழித்திரை (ப்ரோலிஃபெரேடிவ்) ரெட்டினோபதிக்கான சுகி ஒளி உள் உறைவு (லேசர் ஃபோட்டோகோகுலேசன்)

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின் பெயர்வயது/பாலினம்
 நோயாளியின் அடையாளம்: தேதி மகன் / மகள்
 முகவரி தொலைபேசி

எனது வலது/இடது கண்ணில் விழித்திரையில் புதிய இரத்தநாளங்கள் வளரும் நோய்க்கான சீரொளி (லேசர் / Laser) கண் சிகிச்சை செய்ய நான் டாக்டர்.....ஐ அங்கீகரிக்கிறேன். விழித்திரையில் வளர்ந்துள்ள அசாதாரண புதிய இரத்தக்குழாய்களின் வளர்ச்சியை தடுக்கவும், ஏற்கனவே உள்ள அசாதாரண இரத்தக்குழாய்களை சுருங்க வைப்பதும் இந்த சிகிச்சையின் நோக்கம். இதன்மூலம், கடுமையான பார்வை இழப்பை தடுக்க முயற்சிக்கிறோம் என புரிந்துகொண்டேன்.

நான் பின்வருவற்றை புரிந்துகொண்டேன்:

1. எனக்கு இருப்பது கண்டறியப்பட்டது.
2. புதிய அசாதாரண இரத்தக் குழாய்களில் இருந்து கண்ணுக்குள் இரத்தப்போக்கு ஏற்பட வாய்ப்புள்ள போது இந்த சிகிச்சை செய்யப்படுகிறது.

சில சமயங்களில் புதிய இரத்தக் குழாய்களின் வளர்ச்சியைத் தடுக்க லேசர் சிகிச்சை செய்யப்படலாம்.

கடுமையான மற்றும் நிரந்தர பார்வை இழப்பை ஏற்படுத்தக்கூடிய இரத்தக்கசிவு மற்றும்/அல்லது விழித்திரைப் பிரிதளுக்கான வாய்ப்பைக் குறைக்க இந்த சீரொளி சிகிச்சை பயன்படுகிறது. எனினும் சீரொளி சிகிச்சை செய்யும் பொழுதும் செய்த பினாரும் இரத்தக்கசிவு மற்றும்/அல்லது விழித்திரைப் பிரிதலும் ஏற்படலாம்.

3. இந்த சிகிச்சையானது எனது பார்வையை மேம்படுத்துவதற்காக இல்லை. இதை இருக்கும் பார்வையை தக்க வைக்க மட்டுமே. உண்மையில், இந்த சிகிச்சைக்கு பிறகு , பார்வை சற்று மோசமாக்கலாம். உதாரணமாக, சிகிச்சையின் காரணமாக இரவு பார்வை மற்றும் பக்கவாட்டு பார்வையை ஓரளவு குறைக்கலாம். சிறிய எழுத்துக்களை பார்த்து வாசிக்கும் பார்வையும் குறைய 5% முதல் 10% வரை வாய்ப்பு உள்ளது.

4. பார்வையை இழக்கும் வாய்ப்பைக் குறைக்க பாதுகாப்பான மாற்று சிகிச்சைகள் எதுவும் இல்லை. சிகிச்சை மேற்கொள்ளப்படாவிட்டால், கண்ணுக்குள் இரத்தப்போக்கு மற்றும் வடு திசு உருவாவதால் நிரந்தர பார்வை இழப்பு ஏற்படும் அபாயம் உள்ளதென்பதை உணர்கிறேன்.

5. நீரிழிவு விழித்திரை பாதிப்பு அல்லது ஈல்ஸ் நோய் போன்ற பாதிப்புகளில், சில சமயங்களில் சிறப்பான சீரொளி சிகிச்சை முடிந்திருந்தாலும், கண்ணிற்குள் புதிய இரத்தநாளங்கள் வளர்வது தொடர்ந்து, இரத்தக்கசிவு அதிகரித்து பார்வையும் குறையக்கூடும். இந்த சூழலில், நோயை கட்டுப்படுத்த, உறைபனி (Cryotherapy) சிகிச்சையும் தேவைப்படலாம்.

6. புதிய இரத்தநாளங்களின் தீவிரம் மற்றும் அளவைப் பொறுத்தும் சிகிச்சையை நான் பொறுத்து தாங்கிக்கொள்வதன் அளவைப்பொறுத்தும் ஒன்று அல்லது பல முறை சீரொளி சிகிச்சை மேற்கொள்ளப்படலாம். கண் உணர்வின்மையை உண்டாக்கும் ஊசியை கண்ணிற்கு அருகேயும் கண்ணிற்கு பின்னும் செலுத்தும் பொழுது, மிக அரிதாக, அந்த ஊசி கண்ணைத்துளைக்கும் அபாயம் உள்ளது.

7. சிகிச்சைக்குப் பிறகு, சிகிச்சையின்பலனை கண்காணிக்கவும், நோயில் நிகழும் மாற்றங்களை, குறிப்பாக சிகிச்சை தேவைப்படும் மாற்றங்கள் உண்டாகுகிறதா என்பதை, கண்டறியவும் அவ்வப்போது மறு பரிசோதனை செய்வது அவசியம். இது நோயாளியான எனது பொறுப்பு என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்

இந்த சீரொளி (லேசர் / LASER) சிகிச்சையின் தன்மை மற்றும் நோக்கம், இதில் உள்ள அபாயங்கள், மாற்று வழிகள் மற்றும் சாத்தியமான சிக்கல்கள் என் மருத்துவரால் எனக்கு விளக்கப்பட்டது. எனது எல்லா கேள்விகளும் கேட்க வாய்ப்பளிக்கப்பட்டது, அவைகளுக்கு திருப்திகரமாக பதிலளிக்கப்பட்டுள்ளன. இதில் கண்டிப்பாக பார்வை முன்னேறும் எனவோ, கண்டிப்பாக பலன் கிடைக்கும் எனவோ யாரும் உறுதியளிக்கவில்லை. இவை அனைத்தும் எனக்கு புரியும் மொழியில் விளக்கப்பட்டுள்ளது.

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

மருத்துவரின் பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் சீரொளி (லேசர் / LASER) சிகிச்சை 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.....