

விழித்திரை முதிர்வு க்கி ஒளி (ROP லேசர்) மருத்துவம்

நோயாளியின்தரவு

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

முன்மொழியப்பட்ட மருத்துவம்

எனது குழந்தையின்கண்(கள்) குறைமாதகுழந்தையின் விழித்திரை பாதிப்பு (Retinopathy of Prematurity - ROP) நோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளதாக எனது தாய்மொழியில் எனக்குத் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

உடனடியாக விழித்திரை சீரொளி(லேசர்/LASER) கண் சிகிச்சை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது என்று விளக்கப்பட்டுள்ளது.

குறைமாதத்தில் பிறந்ததால் குழந்தையின்கண் விழித்திரையில் பாதிப்பு ஏற்பட்டுள்ளதையும், அது பார்வையை பறித்துவிடும் நோய் என்பதையும், அதற்கு உடனே சீரொளி(லேசர்/LASER) சிகிச்சை தேவை எனவும் முழுமையாக விளக்கப்பட்டது.

சீரொளி(லேசர்/LASER) சிகிச்சையின் செயல்முறை, அதன் விளைவுகள், பக்கவிளைவுகள், அபாயங்கள் எனக்கு விளக்கப்பட்டன. நோயின் தீவிரம் மற்றும் லேசர் சிகிச்சைக்கு அது கட்டுப்படும் விதத்தை பொறுத்து, மேற்கொண்டு பல லேசர் சிகிச்சைகள் தேவைப்படலாம் என்று அறிகிறேன்.

சிறப்பான முறையில் லேசர் செய்தலும், சில சமயங்களில் நோய்கட்டுப்படாமல் அதிகரிக்கலாம். அந்த நேரத்தில் கண்ணில் ஊசி செலுத்தியோ, அறுவை சிகிச்சை மேற்கொண்டோ வைத்தியம் தேவைப்படலாம். இவாறு அளிக்கப்படும் சிகிச்சைகள் பலன் அளிக்காமல் போகவும் வாய்ப்பு உள்ளதென்பதையும், பார்வை முற்றிலும் பறிபோக வாய்ப்பு உள்ளதென்பதையும் மருத்துவரும் அவர்கு முடிவம் விளக்கியுள்ளனர்.

லேசர் சிகிச்சையின்போது, மருத்துவர்தேவைக்கேற்ப மருந்துகளை உட்செலுத்தவும், தேவையான பிற மருத்துவ செயல்முறைகளை செய்யவும்

சம்மதிக்கிறேன். இவற்றை குறிப்பாக எதிர்பாராத நிகழ்வுகள் நடந்தால் மேற்கொள்ளக்கூடும் என அறிகிறேன்.

இங்கு கூறப்பட்டுள்ள சிகிச்சையின் விளைவுகள், அபாயங்கள் ஆகியவற்றை நான் முழுமையாகப் புரிந்துகொண்டேன் என்றும், விழித்திரைலேசர் சிகிச்சையை செய்ய மருத்துவர்களுக்கு அங்கீகாரம் அளித்துள்ளேன் என்றும் சான்றளிக்கிறேன்.

நோயாளி/ பெற்றோர்/ பாதுகாவலரின் கையொப்பம் / கட்டைவிரல்பதிவு:
 பெயர்:..... உறவு..... தேதி

முகவரி:

தொலைபேசி (அலு) (வீடு) (கைபேசி).....

மருத்துவரின் பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் அறுவை சிகிச்சையின் தன்மை, எதிர்பார்க்கப்படும் விளைவுகளை மற்றும் அதன் அபாயங்களை நோயாளியிடம் தெளிவாக விளக்கியுள்ளேன் என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

நான் நோயாளிக்கு சந்தேகங்களையும் கேள்விகளையும் கேட்கவாய்ப்பு 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