விட்ரியோ மேகுலர் டிராக்ஷன் - கண் விழித்திரை அறுவை சிகிச்சைக்குஒப்புதல்

நோயாளியின் தரவு

நோயாளியின் பெயர்......................................வயது/பாலினம் ....
நோயாளியின்அடையாளம்: ....தேதி..
மகன்/மகள்...முகவரி...
தொலைபேசி...

மருத்துவம் நடைபெறும் இடம்

நோய் அறிதல் & திட்டமிடப்பட்டுள்ள சிகிச்சை

என் கண் மருத்துவர், <Doctor’s Name>, <Patient’s Name> ஆகிய எனக்கு ஆகிய எனக்கு வலது / இடது கண்ணில் < விட்ரியோ மேகுலர் டிராக்ஷன் > உள்ளது என்றும், அதற்க்கு < கண் விழித்திரை அறுவை சிகிச்சை (Vitrectomy + I.L.M Peeling + Gas)> செய்ய வேண்டும் என்றும் எனக்கு அறிவுரை கூறப்பட்டது

சிகிச்சையின் நோக்கம்

இந்த சிகிச்சை முறையின் குறிக்கோள் கண்டறிதலுக்காக / குணப்படுத்த / சீற்றத்தை குறைக்க

சிகிச்சையின்பயன்கள்

இந்த சிகிச்சை முறை பிரிந்த கண் விழித்திரையை மீண்டும் அதன் உரிய இடத்தில் சேத்து அமைப்பதையாயகும்

இதனால் என் பார்வை மேலும் குறையாமல் மற்றும் இப்பொது இருப்பைதை விடகூடுதல் ஆகும் சாத்தியம் உண்டு

அபாயங்களும், சிக்கல்களும்

ஆறுவை சிகிச்சை பலன் இன்றி விழிதிரை சேராமல் போகலாம்

எதிர்காலத்தில் மீண்டும் விழித்திரை விலக அரிய வாய்ப்பு உண்டு

அரிதாக விழித்திரை மிக மோசமாக பாதித்திருந்தால், அறுவை சிகிச்சை முழுவதுமாக செய்து முடிக்க முடியாமல் கைவிடப்படலாம்.

சில நேரம் ஒரு அறுவை சிகிச்சை செய்து பயன் இன்றி இன்னும் ஒரு அறுவை சிகிச்சை செய்ய நேரிடலாம்.

மிகவும் அரிதாக சில சந்தர்ப்பங்களில்சிகிச்சையின் பலன் இன்றி கண் பார்வை வராமல் போகலாம்.

கண்ணுள் இரத்தம் சேர்தல், கண்ணுள் சீழ் கோர்த்தல், கண்நீர் அழுத்தம் அதிகரித்தல், கருவிழி புண் உண்டாகுதல் மற்றும் நீர் கோர்த்தல், கண் புரை. இரட்டை பார்வை, கண் நரம்பு இரத்த ஓட்டம் குறைதல், மாறு கண், கண் புண் ஆகுதல் போன்ற மிகவம் அரிய பக்க விளைவுகள் உண்டு

மிக அரிதாகவே கண்ணை உணர்விழக்கச்செய்வதினால் பாதிப்புகள் ஏற்படும்

அவை கண்விழிக்கோளத்தில் துளை ஏற்படுதல். ஊசியின் முனை பார்வை நரம்பை தொடுதல், விழித்திரையின்செயல்பாடுகளை பாதித்தல், கண் இமை கீழிறங்குதல் மற்றும் உடல் ரீதியானபாதிப்புகளான மருந்து ஒவ்வாமை மற்றும் மூளை தண்டை உணரவிழாக்கும் அபாயமும் ஆகும்.

இந்த அபாயத்திற்கான வாய்ப்புகள் நீரிழிவு நோய். இரத்த அழுத்த நோய். இருதயநோய்கள், உடல் ரீதியான பிற பாதிப்பு உள்ளவர்கள் மற்றும் முழு மயக்கம் கொடுத்து அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்பவர்களுக்கு அதிகம்

மயக்க மற்றும் வலி மறக்க அடிக்கும் மருந்திற்குபக்க விளைவுகள் உண்டென்று தெரிந்து கொண்டேன்.மேற்கொண்டு என் உடல் நிலையை பொருத்து சில ஆபத்துக்கள் உண்டு என்பதையும் அறிவேன்

கூடுதல் கவனங்கள்

விழித்திரையின் நிலைமையை பொருத்து அதனை சேர்க்க கண்ணுள் காற்று அல்லது எண்ணை நிரப்ப தேவை இருக்கலாம்.

அப்படி நிரப்பினால் தலை குப்புற அல்லது ஒரு பக்கமாக படுத்திருத்தல் வேண்டும்

காற்று நிரப்பினால் அது கரையம் வரை விமான பயணம் தவிர்க்க வேண்டும். எண்ணை நிரப்பினால் பிறகு அதை மீண்டும் அகற்ற அறுவை சிகிச்சை செய்ய வேண்டும்.

அறுவை சிகிச்சிையின் முழு பலன் தெரிய பல மாதங்கள் ஆகலாம்.

துல்லியமாக எந்த அளவு பார்வை கிடைக்கும் என்று அறுவை சிகிச்சையின் முன் கூறுவது கடினம்.

வேற்றுவழிமுறைகள்

அறுவை சிகிச்சை இன்றி இந்த உபாதைக்கு வேறு எந்த ஒரு சிகிச்சை முறையும் கிடையாது

சிகிச்சை செய்யாவிட்டால்ஏற்படக்கூடியஆபத்துகள்

கண் விழித்திரை விலகிய நிலையிலேயே இருந்தால் அது முழுவதுமாக சேதம் அடைந்து போகவும், கண் முழுவதுமாக பார்வை ஆற்று குருடாகவும், கண் கோளம் சுருங்கும் வாய்ப்பும் உள்ளது

நோயாளியின் அறிக்கை

அறுவை சிகிச்சையின் போது வேறு ஏதும் கூடுதல் நடவடிக்கை அவசியப்பட்டால் அதனை தேவைக்கினங்க செய்ய சம்மதிக்கிறேன்

என் கண்ணில் உள்ள உபாதையை பொருத்து அறுவை சிகிச்சையின் போது சில தசைகளை அகற்றவும் அதனை பரிசோதனை செய்யவும் தேவை இருக்கலாம் என்று அறிவேன் .சில திசுக்கள் அல்லது மாதிரிகள் எனது மருத்துவ பதிவுகளில் வைக்கப்படலாம்.

எனக்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சை முறையை எனது அடையாளம் தெரியாமல் சேகரிக்க , மருத்துவ மற்றும் ஆராய்ச்சிக்கு ,புகைப்பட மற்றும் வீடியோ எடுக்கவும் ,பார்வையிட .பயன்படுத்த எனக்கு எந்த ஆட்சேபனையும் இல்லை

மருத்துவக்குழுவிற்கு ஏதேனும் ஊசி முனை மூலம் காயம் ஏற்பட்டால் அவர்கள் நலன் கருத்தில்கொண்டு எனக்கு ச்ஐவி மற்றும் பிற ரத்தத்தின் வழியே பரவும் நோய்களுக்கான பரிசோதனை செய்ய அவசியம் இருக்கலாம் .

சிறப்புஅறுவைசிகிச்சைநிபுணரைத்தவிரவேறுஒருமருத்துவர்இந்தசிகிச்சையைசெய்யலாம்என்பதைநான்புரிந்துகொள்கிறேன்.

அறுவைசிகிச்சைவெற்றிகரமாகஇருக்கும்என்றுஎனக்குஎந்தஉத்தரவாதமும்கிடைக்கவில்லை.

இந்த ஒப்புதல்'படிவத்தின் நகல் முன்னதாகவே என்னிடம் பகிறபட்டு எதனை நான் படித்து ஆராய நேரமும் சந்தரப்பமும் வழங்கபட்டது

மருத்துவக்குழுவினால் என் கண்ணில் உள்ள உபாதை, அதற்கான சிகிச்சை முறைகளும் , மாற்று முறைகளும், ஏற்படக்கூடும் அபயங்களும் எனக்கு நன்கு விளக்கப்பட்டது .இதை பற்றி எனக்கு கேள்வி கேட்கவும், எனது சந்தேகங்களை தீர்க்கவும் சந்தர்ப்பம் அளிக்கப்பட்டது

மேற்கூறிய காரணங்களில் நான் இந்த சிகிச்சை முறைக்கு எனது முழு சம்மதத்தை தெரிவிக்கிறேன் .

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

மருத்துவரின்பிரகடனம்

செய்யவிருக்கும் அறுவை சிகிச்சையின் தன்மை, எதிர்பார்க்கப்படும் வவிளைவுகள் 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 ....