



നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയ സമ്മതപത്രം

ഒരു KSOS പ്രസിദ്ധീകരണം





നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയ സമ്മതപത്രം

കേരള സൊസൈറ്റി ഓഫ് ഒഫ്താൽമിക് സർജൻസ്
ശാസ്ത്ര സമിതി പ്രസിദ്ധീകരണം 2025

ചീഫ് എഡിറ്റർ:
ഡോ. മഹേഷ് ജി

അസോസിയേറ്റ് എഡിറ്റർ:
ഡോ. എസ് ശശികുമാർ
ഡോ. മരിയൻ പോളി

ശാസ്ത്ര സമിതി ചെയർമാൻ:
ഡോ. ബാസ്റ്റിൻ വി എ



ആമുഖം

ഈ ശസ്ത്രക്രിയ സമ്മതപത്രങ്ങൾ ഒരു മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശം മാത്രമാണെന്നും ഇത് KSOS അംഗങ്ങൾക്ക് സ്വന്തം ആശുപത്രിക്ക് അനുസരണമായും പ്രാക്ടീസിന് അനുസരണമായും പരിഷ്കരിക്കാൻ വേണ്ടി ഉള്ളതാണെന്നും അറിയിക്കുന്നു.

ഈ സമ്മതപത്രങ്ങൾക്ക് നിയമസാധുത ഇല്ലെന്നും, ഈ സമ്മതപത്രം മൂലമുള്ള നിയമപോരാട്ടങ്ങളിൽ KSOSന് യാതൊരു ഉത്തരവാദിത്വവും ഉണ്ടാകില്ലെന്നും അറിയിക്കുന്നു.

ഓരോ സമ്മതപത്രത്തിന്റെയും ഒപ്പ് / വിരലടയാളം വെക്കുന്നതിന് മുമ്പുള്ള കോളത്തിൽ രോഗി അല്ലെങ്കിൽ കുട്ടിരിപ്പുകാരെക്കൊണ്ട് താഴെ പറയുന്ന വാചകങ്ങൾ മലയാളത്തിൽ എഴുതിക്കേണ്ടതാണ്:

"ഞാൻ വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി/എന്നെ വായിച്ച് കേൾപ്പിച്ചു .

പൂർണ്ണ ബോധ്യത്തോടെ ഈ ശസ്ത്രക്രിയ/ ചികിത്സാ നടപടിക്ക് / പരിശോധനാ നടപടിക്ക് (Surgery / Treatment/ Diagnostic Procedure ന്) ഞാൻ സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു".

ഉള്ളടക്കം

A) തിമിര ശസ്ത്രക്രിയകളും നടപടിക്രമങ്ങളും..... 9

1. ഇൻട്രാഒക്യുലർ ലെൻസ് ഇംപ്ലാന്റേഷനോടുകൂടിയ ഫാക്കോഇമൽസിഫിക്കേഷൻ ശസ്ത്രക്രിയ	10
2. ഫെംറ്റോകാറ്ററാക്റ്റ് ശസ്ത്രക്രിയ	16
3. പീഡിയാട്രിക് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ	20
4. YAG കാപ്സുലോട്ടമി	24

B) കോർണിയ, നേത്ര ഉപരിതല ശസ്ത്രക്രിയകൾ 27

1. ഒപ്റ്റിക്കൽ പെനെട്രേറ്റിംഗ് കെരാട്ടോപ്പാസ്റ്റി	28
2. തെറാപ്യൂട്ടിക് കെരാട്ടോപ്പാസ്റ്റി	30
3. ഡീപ് ആന്റിരിയർ ലാമെല്ലാർ കെരാറ്റോപ്പാസ്റ്റി (DALK)	33
4. കോർണിയോ - സ്ക്ലിറൽ മുറിവ് തുണലിടുക	35
5. ഡെസ്മെറ്റിന്റെ സ്ട്രിപ്പിംഗ് എൻഡോതെലിയൽ കെരാട്ടോപ്പാസ്റ്റി (DSEK/DSAEK)	38
6. ഡെസ്മെറ്റ് മെംബ്രൻ എൻഡോതെലിയൽ കെരാട്ടോപ്പാസ്റ്റി (DMEK)	41
7. ഫോട്ടോതെറാപ്പിക് കെരാറ്റൈറ്റിസ് (PTK)	44
8. കൊളാജൻ ക്രോസ് ലിങ്കിംഗ്	47
9. ഇന്റാക്സ്	49
10. പ്റ്റെറിജിയം/ ടെറിജിയം ശസ്ത്രക്രിയ	53
11. കോർണിയൽ സ്ക്രാപ്പിംഗ്	56
12. കോർണിയൽ സുഷിരത്തിനുള്ള ഫൈബ്രിൻ/സയനോഅക്രിലേറ്റ് പശ	58
13. സിംപ്ലിഫൈറേഷൻ വിടുവിക്കൽ	60
14. അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറേഷൻ (AMT)	63
15. ലിംബൽ സ്റ്റെം സെൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറേഷൻ (LSCT)	66
16. ഓസ്റ്റിയോ - ഓഡോന്റോ കെരാറ്റോപ്രോസെസിസ് (OOKP)	69
17. ബോസ്റ്റൺ കെരാറ്റോപ്രോസ്തസിസ്	72
18. എക്സിഷൻ ബയോപ്സി	75
19. ഇൻട്രാസ്ക്ലറൽ /ഇൻട്രാകാമെറൽ ഇൻജക്ഷനും എസി വാഷും	78
20. സാധാരണമായതോ /സംസ്കരിച്ചതോ ആയ ലിംബൽ എപ്പിത്തീലിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറ് ശസ്ത്രക്രിയ ...	81
21. തുണൽ നീക്കം ചെയ്യൽ	84

C) ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയകൾ 87

1. ആന്റി-ഫൈബ്രോബ്ലാസ്റ്റിക് ഏജന്റുകൾ ഉപയോഗിച്ചോ അല്ലാതെയോ ട്രാബെക്യുലക്ലമി	88
2. കമ്പൈൻഡ് ഫാക്കോ -ട്രാബെക്യുലക്ലമി	92
3. സെലക്ടിവ് ലേസർ ട്രാബെക്യുലോപ്പാസ്റ്റി	96
4. ഗ്ലോക്കോമ ട്യൂബ് സർജറി	99
5. ലേസർ ഇറിഡോടോമി	102
6. ഡയോഡ് ലേസർ സൈക്ലോ-ഫോട്ടോകോഗുലേഷൻ (DLCP)	104
7. ട്രാബെക്യുലോട്ടമി, ട്രാബെക്യുലക്ലമി	107

D) ഒക്കുലോപ്പാസ്റ്റി, ഓർബിറ്റ്, ഒക്കുലാർ ഓങ്കോളജി ശസ്ത്രക്രിയകൾ 111

1. ഇംപ്ലാന്റ് ഉപയോഗിച്ചുള്ള എവിസെറേഷൻ	112
2. ഇംപ്ലാന്റ് ഉപയോഗിച്ചുള്ള ഇന്റൂക്സിയേഷൻ	115
3. ഓർബിറ്റൽ എക്സെൻറേഷൻ	118
4. കോൺട്രാക്റ്റ് ചെയ്ത സോക്കറ്റ് /ചുരുങ്ങിയ സോക്കറ്റ്	121
5. സെക്കൻഡറി ഓർബിറ്റൽ ഇംപ്ലാന്റ്	124
6. ഓർബിറ്റൽ ഫാറ്റ് ട്രാൻസ്ഫർ	127
7. എൻട്രാപിയോൺ	130
8. എക്സോപിയോൺ	133

9. ടോസിസ് ശസ്ത്രക്രിയ.....	136
10. ബ്ലൈഫറോപ്പി.....	139
11. കൺപോള പുനർനിർമ്മാണം.....	142
12. മുറിവ് സ്വീബ്രെഡ്മെന്റ് ഉപയോഗിച്ചോ അല്ലാതെയോ കൺപോളകളുടെ കീറൽ നന്നാക്കൽ (അന്യവസ്തുക്കൾ നീക്കം ചെയ്തോ അല്ലാതെയോ)	145
13. ചാലാസിയൻ ഇൻസിഷനും ക്യുറേറ്റേജും (കൺകുരു കീറൽ).....	149
14. ഇലക്ട്രോഎപിലേഷൻ (Electroepilation)	152
15. സിറിഞ്ചിംഗും പ്രോബിംഗും	155
16. പങ്ട്രൽ പ്ലഗുകൾ.....	158
17. പങ്ട്രൽ ഡിലേഷനും (Dilation) ഇൻട്രൂബേഷനും	161
18. പങ്ട്രോപ്പാസ്റ്റി.....	164
19. എക്സ്റ്റേണൽ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോറിനോസ്റ്റമി (ഡിസിആർ)	167
20. നോൺ-എൻഡോസ്കോപ്പിക് എൻഡോനാസൽ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോർഹിനോസ്റ്റമി (NEN-DCR).....	170
21. എൻഡോസ്കോപ്പിക് എൻഡോനാസൽ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോർഹിനോസ്റ്റമി (എൻഡോസ്കോപ്പിക് ഡിസിആർ).....	173
22. ഡാക്രിയോസിസ്റ്റൈക്ലിം.....	176
23. കനാലികുലാർ ട്രെഫിനിംഗും ഇൻട്രൂബേഷനും	179
24. ഓർബിറ്റൽ ഫ്രാക്ചർ റിപ്പയർ.....	182
25. ഓർബിറ്റോടോമി.....	185
26. ഓർബിറ്റൽ ഡീകംപ്രഷൻ.....	188
27. ഇൻസിഷണൽ ബയോപ്സി.....	191
28. എക്സിഷണൽ ബയോപ്സി	194
29. ഡീബൾക്കിംഗ്	196
30. ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ കുത്തിവയ്പ്	198

E) റിഫ്രാക്റ്റീവ് ശസ്ത്രക്രിയകൾ..... 201

1. ഫോട്ടോറിഫ്രാക്റ്റീവ് കെരാറ്റൈറ്റിസ് (PRK).....	202
2. ലാസിക് (ലേസർ സഹായത്തോടെയുള്ള കെരാറ്റോമിലിയൂസ്)	206
3. ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിക് കെരാട്ടോമി (എകെ).....	211
4. ഫാകിക് ഐഒഎൽ.....	215

F) റെറ്റിന ശസ്ത്രക്രിയകൾ..... 221

1. ക്രയോസർജറി.....	222
2. സ്ക്ലീറൽ ബക്ക്ലിംഗ് സർജറി.....	225
3. വിട്രിയോ -റെറ്റിനൽ സർജറി.....	228
4. മാക്യുലർ ഹോൾ സർജറി/ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഇആർഎം നീക്കം പാർസ് പ്ലാന വിടെക്ലിം.....	231
5. വിട്രിയസ് രക്തസ്രാവത്തിനുള്ള പാർസ് പ്ലാന വിടെക്ലിം	234
6. ലേസർ ഫോട്ടോകോഗുലേഷൻ.....	237
7. ഇൻട്രാവിട്രിയൽ ഓസുർഡെക്സ്® ഇൻജക്ഷൻ	240
8. ഇൻട്രാവിട്രിയൽ ട്രയാംസിനോലോൺ അസെറ്റാക്സൈഡ് (IVTA) കുത്തിവയ്പ്.....	243
9. ഇൻട്രാവിട്രിയൽ ഇൻജക്ഷൻ	247
10. ഫണ്ടസ് ഫ്ലൂറസിൻ ആൻജിയോഗ്രാഫി/ഇൻഡോസയാനിൻ ഗ്രീൻ ആൻജിയോഗ്രാഫി	249
11. റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റി (ROP) ലേസർ.....	253
12. ലേസർ ഇൻഡയറക്ട് ഒഫ്താൽമോസ്കോപ്പി (LIO)	256

G) പീഡിയാട്രിക് ഒഫ്താൽമോളജി ശസ്ത്രക്രിയകൾ.....261

1. കോങ്കണ്ണിനുള്ള (Squint) ശസ്ത്രക്രിയ / കണ്ണിന്റെ വ്യത്യാസം തിരുത്താനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ	262
2. റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റിക്ക് ബെവാസിസുമാബ് (അവാസ്സിൻ) കുത്തിവയ്പ് (ROP)	267
3. റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റിക്ക് റാണിബിസുമാബ് (ആക്സെൻട്രിക്സ്) കുത്തിവയ്പ് (ROP)	270

തിമിര
ശസ്ത്രക്രിയകളും
നടപടിക്രമങ്ങളും

A

1. ഇൻട്രാഒക്യുലർ ലെൻസ് ഇംപ്ലാന്റേഷനോടുകൂടിയ ഫാക്കോഇമൽസിഫിക്കേഷൻ ശസ്ത്രക്രിയ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

ആമുഖം

കണ്ണിലെ സ്വാഭാവിക ലെൻസിന്റെ സുതാര്യത കുറയുന്നതിനെ തിമിരം എന്ന് പറയുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയാ രീതി ഉപയോഗിച്ച് കണ്ണിലെ സ്വാഭാവിക ലെൻസ് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനെയാണ് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ എന്ന് പറയുന്നത്. അസാധാരണമായ സാഹചര്യങ്ങൾ ഒഴികെ, തിമിരം മൂലമുണ്ടാകുന്ന കാഴ്ചക്കുറവ്/ കാഴ്ചയുടെ ഗുണനിലവാരക്കുറവ് കാരണം നിങ്ങൾക്ക് തൃപ്തികരമായി പ്രവർത്തിക്കാൻ കഴിയാത്തപ്പോൾ മാത്രമേ തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ നിർദ്ദേശിക്കൂ. നിങ്ങൾ ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ തീരുമാനിക്കുകയാണെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കുന്നതിനായി സർജൻ നിങ്ങളുടെ സ്വാഭാവിക ലെൻസിന് പകരം ഒരു ഇൻട്രാഒക്യുലർ ലെൻസ് (IOL) ഇംപ്ലാന്റ് സ്ഥാപിക്കും. ഇത് സാധാരണയായി പ്ലാസ്റ്റിക്, സിലിക്കൺ അല്ലെങ്കിൽ അക്രിലിക് മെറ്റീരിയൽ ഉപയോഗിച്ച് നിർമ്മിച്ച ഒരു കൃത്രിമ ലെൻസാണ്, ഇത് ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ സ്ഥിരമായും കണ്ണിനുള്ളിൽ സ്ഥാപിക്കുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം മികച്ച കാഴ്ചയ്ക്കായി IOL ന് പുറമേ കണ്ണടകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ഇൻട്രാഒക്യുലർ ഇംപ്ലാന്റുകൾ (IOL)

നൂതന IOL ഇംപ്ലാന്റ് സാങ്കേതികവിദ്യയിലൂടെ, നിങ്ങളുടെ കാഴ്ചശക്തിയും ജീവിത നിലവാരവും മെച്ചപ്പെടുത്താൻ കഴിയുന്ന നിരവധി ഓപ്ഷനുകൾ ഇപ്പോൾ നിങ്ങൾക്ക് ലഭ്യമാണ്. ഈ നൂതന IOL-കൾ വ്യത്യസ്ത മെറ്റീരിയലുകളിലും ഡിസൈനുകളിലും ലഭ്യമാണ്. ഒരു ഡിസൈൻ ഒരാൾക്ക് മികച്ചതായിരിക്കാം, പക്ഷേ മറ്റൊരാൾക്ക് അനുയോജ്യമല്ല, നിങ്ങളുടെ ജീവിതശൈലി ആവശ്യങ്ങൾക്ക് ഏത് IOL ഉം സാങ്കേതികതയും ഏറ്റവും അനുയോജ്യമാണെന്ന് തീരുമാനിക്കേണ്ടത് നിങ്ങളും നിങ്ങളുടെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധനും ആണ്.

a) മോണോഫോക്കൽ [സിംഗിൾ ഫോക്കസ്; അഥവാ: പരമ്പരാഗത] IOL ഇംപ്ലാന്റിന് പരിമിതമായ ഫോക്കസ് പരിധി മാത്രമേയുള്ളൂ. ഈ IOL ഇംപ്ലാന്റ് സ്വീകരിക്കുന്ന രോഗികളിൽ ബഹുഭൂരിപക്ഷവും ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷവും കണ്ണട ധരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഏകദേശം 90% ഇപ്പോഴും കണ്ണടകൾ ധരിക്കുന്നു, കുറഞ്ഞത് പാർട്ട് ടൈം; ഏകദേശം 10% പേർ ധരിക്കുന്നില്ല.

b) മൾട്ടിഫോക്കൽ [മൾട്ടി ഫോക്കസ്] IOL ഇംപ്ലാന്റിന് വിപുലമായ ഫോക്കസ് പ്രശ്നമുണ്ട്. ഈ IOL സ്വീകരിക്കുന്ന രോഗികളിൽ ബഹുഭൂരിപക്ഷവും ഓപ്റ്റേഷനുശേഷം കണ്ണടകൾ ധരിക്കേണ്ടതില്ല, ചിലർക്ക് കണ്ണട വേണ്ടിവന്നേക്കാം. ഒരു മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL ഇംപ്ലാന്റിന് സങ്കീർണ്ണമായ ഒപ്റ്റിക്സ് ഉണ്ട്, കൂടാതെ പല രോഗികൾക്കും അവരുടെ പുതിയ ഒപ്റ്റിക്കൽ സിസ്റ്റവുമായി പൊരുത്തപ്പെടാൻ കുറച്ച് സമയമെടുക്കുമെന്ന്

കണ്ടെത്തുന്നു. സാധാരണയായി ഒരു രോഗി ഏതാനും ആഴ്ചകൾക്കുള്ളിൽ പൂർണ്ണമായും പൊരുത്തപ്പെടും, എന്നാൽ ചില രോഗികൾക്ക് കൂടുതൽ സമയമെടുക്കും.

c) ഒരു ടോറിക് [ആസ്റ്റിത്മാറ്റിസം തിരുത്തൽ] IOL ഇംപ്ലാന്റിന് ഒരു സവിശേഷ രൂപകൽപ്പനയുണ്ട്, ഇത് കോർണിയൽ ആസ്റ്റിത്മാറ്റിസം കുറയ്ക്കാനോ ഇല്ലാതാക്കാനോ സാധ്യമാക്കുകയും ശരിയാക്കാത്ത ദൂരക്കാഴ്ച ഗണ്യമായി മെച്ചപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ IOL സ്വീകരിക്കുന്ന രോഗികളിൽ ഭൂരിഭാഗവും കണ്ണടകളും കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളും ഇല്ലാതെ ഗുണനിലവാരമുള്ള ദൂരക്കാഴ്ച കൈവരിക്കുന്നു. ദൂരക്കാഴ്ചയ്ക്കോ സമീപക്കാഴ്ചയ്ക്കോ നിങ്ങൾക്ക് കണ്ണടകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ, അനസ്തേഷ്യ, നടപടിക്രമം

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് നിങ്ങൾ സമ്മതിക്കുകയാണെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ സർജൻ നിങ്ങളെ പൂർണ്ണമായി നേത്ര പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയമാക്കും. നിങ്ങളുടെ ഗ്ലാസുകളുടെ കുറിപ്പടി (റിഫ്രാക്ഷൻ) നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനുള്ള ഒരു പരിശോധന, ഗ്ലാസുകൾ ഉപയോഗിച്ചും അല്ലാതെയും നിങ്ങളുടെ കാഴ്ചയുടെ അളവ് (വിഷ്വൽ അക്വിറ്റി), നിങ്ങളുടെ കണ്ണിനുള്ളിലെ മർദ്ദം അളക്കൽ (ടോണോമെട്രി), നിങ്ങളുടെ കോർണിയയുടെ വക്രതയുടെ അളവ് (കെരാറ്റോമെട്രി), നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ നീളത്തിന്റെ അൾട്രാസോണിക് അളവ് (ആക്സിസ് ലെങ്ത്), ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്ത IOL ന്റെ ശരിയായ ശക്തിയുടെ ഏറ്റവും മികച്ച കണക്ക് നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനുള്ള ഇൻട്രാഒക്യുലർ ലെൻസ് കണക്കുകൂട്ടൽ (ബയോമെട്രി), നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ മുൻഭാഗത്തിന്റെ സൂക്ഷ്മ പരിശോധന (സ്ലിറ്റ്-ലാമ്പ് പരിശോധന), നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ റെറ്റിനയുടെ കണ്ണുകൾ വികസിപ്പിച്ചുകൊണ്ട് പരിശോധന എന്നിവ ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

ക്രാനിക് ഡാക്രിയോസിസ്സിസ്, ബ്ലൈഫിറ്റിസ്, സ്നൈ തുടങ്ങിയ ഏതെങ്കിലും പ്രാദേശിക അണുബാധയുടെ ഫോക്കസ് തള്ളിക്കളയാൻ അദ്ദേഹം പരിശോധിക്കും.

പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം, IHD, ആസ്ത്മ അല്ലെങ്കിൽ അതുപോലുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും രോഗങ്ങളുടെ സാന്നിധ്യം നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധനോ അനസ്തേഷ്യോളജിസ്റ്റോ പരിശോധിക്കും. നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമാകാൻ രോഗിയുടെ ശാരീരിക ക്ഷമത അദ്ദേഹം പരിശോധിക്കും, ഒരു ഫിസിഷ്യനെ കാണുന്നതാണ് നല്ലത്.

നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധനോ അനസ്തേഷ്യോളജിസ്റ്റോ തുള്ളിമരുന്ന് അല്ലെങ്കിൽ ഒരു കുത്തിവയ്പ് (ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യ) ഉപയോഗിച്ച് നിങ്ങളുടെ കണ്ണ് മരവിപ്പിക്കും. നിങ്ങൾക്ക് നേരിയ മയക്കത്തിനും വിധേയമാകാം, അല്ലെങ്കിൽ ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യ മാത്രം ഉപയോഗിച്ച് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ തീരുമാനിക്കാം.

തുടർന്ന് കണ്ണിൽ ഒരു വളരെ ചെറിയ മുറിവ് ഉണ്ടാക്കുന്നു. അത് സ്വയം അടയുമെങ്കിലും ചിലപ്പോൾ തുന്നൽ ഇടേണ്ടി വന്നേക്കാം.

പിന്നെ നിങ്ങളുടെ കണ്ണിലെ സ്വാഭാവിക ലെൻസ് ഫാക്കോഇമൽസിഫിക്കേഷൻ എന്ന ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യും. നമ്മുടെ കണ്ണിലെ സ്വാഭാവിക ലെൻസിനെക്കുറിച്ച് കുറച്ച് അറിയേണ്ട സമയമാണിത് - നമ്മുടെ കണ്ണിലെ സ്വാഭാവിക ലെൻസിൽ ഒരു ലെൻസ് കാപ്സ്യൂൾ ഉണ്ട്, അതിൽ ലെൻസ് ന്യൂക്ലിയസും കോർട്ടെക്സും ഉണ്ട്, അത് തിമിര രൂപീകരണം മൂലം അതാര്യമാകും. തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയിൽ, ആദ്യം ഒരു കാപ്സുലാറ്റമി എന്നാൽ വൃത്താകൃതിയിലുള്ള മതിയായ വലിപ്പത്തിലുള്ള ദ്വാരം രൂപപ്പെടുന്നതിനെയാണ് അർത്ഥമാക്കുന്നത്, ഇത് ലെൻസ് ന്യൂക്ലിയസും ലെൻസ് കാപ്സുലാർ ബാഗ് അവശേഷിപ്പിക്കുന്ന കോർട്ടിക്കൽ ട്രവ്യവും നീക്കം ചെയ്യാൻ അനുവദിക്കുന്നു. തുടർന്ന് കാപ്സുലാർ ബാഗിൽ കൃത്രിമ ലെൻസ് സ്ഥാപിക്കുന്നു. ലെൻസ് ന്യൂക്ലിയസിനെ ചെറിയ കഷണങ്ങളാക്കി തകർക്കാൻ വൈബ്രേറ്റിംഗ് പ്രോബ് ഉള്ള ഫാക്കോഇമൽസിഫിക്കേഷൻ വഴിയാണ് ഇത് ചെയ്യുന്നത്. കണ്ണിൽ ഒരു ചെറിയ മുറിവിലൂടെ ഒരു ചെറിയ പൊള്ളയായ ട്യൂബ് വഴി കഷണങ്ങൾ സൗമ്യമായി പുറത്തെടുക്കുന്നു. നിങ്ങളുടെ സ്വാഭാവിക ലെൻസ് നീക്കം ചെയ്ത ശേഷം, IOL നിങ്ങളുടെ കണ്ണിനുള്ളിൽ സ്ഥാപിക്കുന്നു. അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ, നിങ്ങൾ തിരഞ്ഞെടുത്ത IOL അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും IOL സ്ഥാപിക്കാൻ കഴിഞ്ഞെങ്കിലും.

ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര പരിചരണം

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം, നിങ്ങളുടെ കണ്ണ് അടുത്ത ദിവസവും തുടർന്ന് നിങ്ങളുടെ സർജൻ നിർണ്ണയിക്കുന്ന ഇടവേളകളിലും പരിശോധിക്കും. തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ സാധാരണയായി വളരെ ലളിതമാണ്. ആദ്യത്തെ 24 മണിക്കൂറിൽ നേരിയ അസ്വസ്ഥത സാധാരണമാണ്, പക്ഷേ കഠിനമായ വേദന വളരെ അസാധാരണമായിരിക്കും, അത് ഉടൻ തന്നെ സർജനെ അറിയിക്കണം.

നിങ്ങളുടെ വ്യക്തിഗത രോഗശാന്തി നിരക്കിനെ ആശ്രയിച്ച്, ഏകദേശം 4 മുതൽ 8 ആഴ്ച വരെ നിങ്ങളുടെ

കണ്ണുകളിൽ മരുന്ന് ചേർത്ത തുള്ളികൾ ഇടും. ഗ്ലാസുകളെയോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളെയോ ആശ്രയിക്കുന്നത് കുറയ്ക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾ ഒരു മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ ദൂരക്കാഴ്ച, വായനാ കാഴ്ച, അല്ലെങ്കിൽ രണ്ടും കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് അവ ഇപ്പോഴും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. 7 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് സാധാരണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ പുനരാരംഭിക്കാൻ കഴിയും, കൂടാതെ നിങ്ങളുടെ കണ്ണ് സാധാരണയായി 3 മുതൽ 6 ആഴ്ചകൾക്കുള്ളിൽ സ്ഥിരത കൈവരിക്കും, ആ സമയത്ത് കണ്ണടകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ നിർദ്ദേശിക്കാവുന്നതാണ്.

അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും

തിമിരം മൂലമുണ്ടായ കാഴ്ചക്കുറവ് പരിഹരിക്കുക എന്നതാണ് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ലക്ഷ്യം. തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു, എന്നാൽ ഇവയിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുന്നില്ല:

1. സ്വാഭാവിക ലെൻസ് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിന്റെ സങ്കീർണതകളിൽ:
 - രക്തസ്രാവം
 - IOL-ന്റെ പുറകിലുള്ള കാപ്സ്യൂളിന്റെ വിള്ളൽ
 - നേത്രപടലത്തിന്റെ അതാദ്യത (കോർണിയൽ എട്രിമ) (ഇത് കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റ് വഴി ശരിയാക്കാം)
 - റെറ്റിനയുടെ മധ്യഭാഗത്ത് വീക്കം (സിസ്റ്റോയ്ഡ് മാക്കുലാർ എഡീമ) (ഇത് സാധാരണയായി കാലക്രമേണ മെച്ചപ്പെടുന്നു)
 - കണ്ണിലെ ലെൻസിന്റെ ശേഷിക്കുന്ന കഷണങ്ങൾ (പിന്നീട് ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം)
 - അണുബാധ
 - കാഴ്ചയെ ബാധിക്കുന്ന റെറ്റിനയുടെ വേർപിരിയൽ
 - തുടങ്ങിക്കിടക്കുന്ന കണ്ണ്‌പോള
 - വർദ്ധിച്ച ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസം
 - ഗ്ലോക്കോമ
 - ഇരട്ട കാഴ്ച
 - എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്, പനോഫ്താൽമൈറ്റിസ് എന്നിവയിലേക്ക് നയിക്കുന്ന അണുബാധ ഇവയും മറ്റ് സങ്കീർണതകളും ഒരു IOL ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്താലും ഇല്ലെങ്കിലും സംഭവിക്കാം, ഇത് കാഴ്ചക്കുറവ്, പൂർണ്ണമായ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ അല്ലെങ്കിൽ അപൂർവ്വ സാഹചര്യങ്ങളിൽ കണ്ണിന്റെ നഷ്ടം എന്നിവയ്ക്ക് കാരണമാകാം. ഈ സങ്കീർണതകൾ ചികിത്സിക്കാൻ അധിക ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
2. IOL മായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകളിൽ വർദ്ധിച്ച നൈറ്റ് ബ്ലെയർ,/അല്ലെങ്കിൽ ഹാലോ, ഇരട്ട അല്ലെങ്കിൽ ഗോസ്റ്റ് ഇമേജുകൾ, IOL ന്റെ സ്ഥാനഭ്രംശം എന്നിവ ഉൾപ്പെടാം. മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL-കൾ ഈ പ്രശ്നങ്ങൾക്കുള്ള സാധ്യത വർദ്ധിപ്പിച്ചേക്കാം. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം മതിയായ കാഴ്ചപ്രവർത്തനത്തിന് കറക്റ്റീവ് ലെൻസുകളോ IOL ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ മാറ്റിസ്ഥാപിക്കലോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ഒരു മോണോഫോക്കൽ IOL ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്താൽ, മതിയായ കാഴ്ചയ്ക്കായി തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഡിസ്റ്റൻസ് അല്ലെങ്കിൽ നീഡിംഗ് ഗ്ലാസുകൾ അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ ആവശ്യമായി വരും. മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL ഗ്ലാസുകളോടുള്ള ആശ്രിതത്വം കുറയ്ക്കാൻ സഹായിക്കുമെങ്കിലും, അത് മുറിച്ചയുള്ള കാഴ്ച കുറയാൻ കാരണമായേക്കാം, ഇത് മങ്ങിയ വെളിച്ചത്തിലോ മൂടൽമഞ്ഞിലോ വഷളായേക്കാം. രാത്രിയിൽ ലൈറ്റുകൾക്ക് ചുറ്റുമുള്ള വളയങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ വൃത്തങ്ങൾ പോലുള്ള ചില ദൃശ്യ പാർശ്വഫലങ്ങൾക്കും ഇത് കാരണമായേക്കാം. ഇരുണ്ട പശ്ചാത്തലത്തിൽ നിന്ന് ഒരു വസ്തുവിനെ വേർതിരിച്ചറിയാൻ ബുദ്ധിമുട്ടായിരിക്കാം, ഇത് കുറഞ്ഞ വെളിച്ചമുള്ള പ്രദേശങ്ങളിൽ കൂടുതൽ ശ്രദ്ധേയമാകും. രാത്രിയിൽ വാഹനമോടിക്കുന്നത് ബാധിക്കപ്പെട്ടേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയ സമയത്ത് സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായാൽ, മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL-ന് പകരം ഒരു മോണോഫോക്കൽ IOL ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം. നിങ്ങൾ ഒരു മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ എല്ലാ നിയർ (ഇന്റർമീഡിയറ്റ്) ഫോക്കസിംഗ് കഴിവും പുനഃസ്ഥാപിക്കപ്പെടാതിരിക്കാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. നിങ്ങളുടെ മികച്ച ഫോക്കസ് ശ്രേണി ലഭിക്കുന്നതിന് അധിക ചികിത്സയോ ശസ്ത്രക്രിയയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

3. ശസ്ത്രക്രിയ സമയത്ത് സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായാൽ, നിങ്ങൾ മുൻകൂട്ടി അനുമതി നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും, നിങ്ങളുടെ കണ്ണിൽ ഒരു IOL സ്ഥാപിക്കേണ്ടത് സർജൻ തീരുമാനിച്ചേക്കാം.
4. ഗ്ലോക്കോമ, ഡയബറ്റിക് റെറ്റിനോപ്പതി, പ്രായവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മാക്കുലാർ ഡീജനറേഷൻ തുടങ്ങിയ മറ്റ് നേത്രരോഗങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ മറ്റ് ഘടകങ്ങൾ തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയുടെ കാഴ്ച ഫലത്തെ ബാധിച്ചേക്കാം; IOL ന്റെ ശക്തി: നിങ്ങളുടെ വ്യക്തിഗത രോഗശാന്തി കഴിവ്. ഗ്ലോക്കോമ, പ്രമേഹം, അല്ലെങ്കിൽ പ്രായവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മാക്കുലാർ ഡീജനറേഷൻ പോലുള്ള കാഴ്ച കുറയാനുള്ള മറ്റ് കാരണങ്ങൾ തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ ശരിയാക്കില്ല.
5. സങ്കീർണ്ണമായ ഉപകരണങ്ങളുടെയും കമ്പ്യൂട്ടർ ഫോർമുലകളുടെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ശരിയായ IOL തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നത് വളരെ കൃത്യമാകണമെന്നില്ല. നിങ്ങളുടെ കണ്ണ് സുഖം പ്രാപിച്ചതിനുശേഷം, അതിന്റെ ദൃശ്യശക്തി ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള പരിശോധനയിലൂടെ പ്രവചിച്ചതിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമായിരിക്കാം. മികച്ച കാഴ്ച ലഭിക്കുന്നതിന് ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം നിങ്ങൾ കണ്ണടകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ധരിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം. തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം നിങ്ങളുടെ കാഴ്ചയിൽ നിങ്ങൾ തൃപ്തനല്ലെങ്കിൽ IOL എക്സ്ചേഞ്ച്, ഒരു അധിക IOL സ്ഥാപിക്കൽ, അല്ലെങ്കിൽ റിഫ്രാക്റ്റീവ് ലേസർ സർജറി പോലുള്ള അധിക ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
6. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലങ്ങൾ ഉറപ്പുനൽകാൻ കഴിയില്ല.
7. തിരഞ്ഞെടുത്ത IOL എന്തുതന്നെയായാലും, പിന്നീടുള്ള കാലയളവിൽ IOL സ്ഥാപിച്ചിരിക്കുന്ന ബാഗിന്റെ അതാര്യത കാരണം കാഴ്ചയുടെ മങ്ങൽ ശരിയാക്കാൻ നിങ്ങൾക്ക് ലേസർ സർജറി (YAG കാപ്സുലോട്ടമി) ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
8. ഭാവിയിൽ എപ്പോഴെങ്കിലും, നിങ്ങളുടെ കണ്ണിൽ ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്ത IOL പുനഃസ്ഥാപിക്കേണ്ടിവരാം, ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യേണ്ടിവരും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു IOL ഉപയോഗിച്ച് മാറ്റേണ്ടിവരാം.
9. ഉയർന്ന അളവിലുള്ള ഹൈപ്പർപിയ (ദൂരക്കാഴ്ചക്കുറവ്) ഉണ്ടെങ്കിൽ കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ അച്ചുതണ്ട് നീളം കുറവാണെങ്കിൽ, നാനോഫ്താൽമിക് കോറോയ്ഡൽ എഫ്യൂഷൻ എന്നറിയപ്പെടുന്ന ഒരു സങ്കീർണതയ്ക്കുള്ള സാധ്യത വർദ്ധിക്കുന്നു. ഈ സങ്കീർണത ശസ്ത്രക്രിയ പൂർത്തിയാക്കുന്നതിനും ലെൻസ് സ്ഥാപിക്കുന്നതിനും ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ ഉണ്ടാക്കാം, അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിന്റെ നഷ്ടം പോലും ഉണ്ടാക്കാം. ചിലപ്പോൾ ഈ എഫ്യൂഷനുകൾ തടയുന്നതിന് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് പുറമേ പ്രോഫെമലാക്റ്റിക്സ് ക്ലിനോടോമികൾ (കണ്ണിന്റെ വെളുത്ത പുറം ഭിത്തിയിലെ ചെറിയ ദ്വാരങ്ങൾ) പോലുള്ള അധിക ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടികൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
10. ഉയർന്ന അളവിലുള്ള മധോപിയ (സമീപക്കാഴ്ച) ഉണ്ടെങ്കിൽ കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിന്റെ അച്ചുതണ്ട് നീളം കൂടുതലാണെങ്കിൽ, റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് എന്ന സങ്കീർണതയ്ക്കുള്ള സാധ്യത വർദ്ധിക്കുന്നു. റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് സാധാരണയായി ചികിത്സിക്കാൻ കഴിയും, പക്ഷേ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ അന്ധതയ്ക്കോ കാരണമായേക്കാം.
11. ഒരു സമയം ഒരു കണ്ണിൽ മാത്രമേ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തൂ എന്നതിനാൽ, രണ്ട് കണ്ണുകൾക്കിടയിൽ ഒരു അസന്തുലിതാവസ്ഥ (അനിസോമെട്രോപ്പിയ) അനുഭവപ്പെടാം. സാധാരണയായി ഇത് കണ്ണട ഗ്ലാസുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ശരിയാക്കാൻ കഴിയില്ല, അതിനാൽ ഓപ്പറേറ്റ് ചെയ്യാത്ത കണ്ണിൽ താൽക്കാലികമായി കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ധരിക്കേണ്ടിവരും അല്ലെങ്കിൽ ദൂരക്കാഴ്ചയ്ക്കായി വ്യക്തമായ ഒരു കണ്ണ് മാത്രം ഉപയോഗിച്ച് പ്രവർത്തിക്കേണ്ടിവരും. സങ്കീർണതകളുടെ അഭാവത്തിൽ, ആദ്യത്തെ കണ്ണ് സ്ഥിരമായിക്കഴിഞ്ഞാൽ, രണ്ടാമത്തെ കണ്ണിലെ ശസ്ത്രക്രിയ സാധാരണയായി ആഴ്ചകൾക്കുള്ളിൽ പൂർത്തിയാക്കാൻ കഴിയും.
12. തിമിരമുള്ള രോഗികൾക്ക് പ്രെസ്ബയോപ്പിയ എന്നറിയപ്പെടുന്ന പ്രായവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഒരു അവസ്ഥ ഉണ്ടാകാം. 40 വയസ്സിനു ശേഷം, കണ്ണട ഇല്ലാതെ മികച്ച ദൂരക്കാഴ്ചയും സമീപക്കാഴ്ചയും ഉള്ള ആളുകൾക്ക് പോലും, വായനാ ഗ്ലാസുകൾ ആവശ്യമായി വരാനുള്ള കാരണം പ്രെസ്ബയോപ്പിയയാണ്. പ്രെസ്ബയോപ്പിക് വ്യക്തികൾക്ക് അടുത്തു നിന്ന് വ്യക്തമായി കാണാൻ ബൈഫോക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ പ്രത്യേക (വ്യത്യസ്ത കുറിപ്പടി) വായനാ ഗ്ലാസുകൾ ആവശ്യമാണ്. തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ദൂരദർശനവും സമീപദർശനവും നേടുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് നിരവധി ഓപ്ഷനുകൾ ലഭ്യമാണ്.
13. ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും അനുബന്ധ അനസ്തേഷ്യയുടെയും ഫലമായി, നിങ്ങളുടെ കാഴ്ച വഷളാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, ആഴ്ചകൾ, മാസങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ വർഷങ്ങൾക്ക് ശേഷം പോലും സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാം.
14. അനസ്തേഷ്യയുടെ തരം അനുസരിച്ച്, ഹൃദയ, ശ്വാസന പ്രശ്നങ്ങൾ, അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ മരണം എന്നിവയുൾപ്പെടെ മറ്റ് അപകടസാധ്യതകൾ സാധ്യമാണ്.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

2. ഫെംറ്റോകാറ്ററാക്റ്റ് ശസ്ത്രക്രിയ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

ആമുഖം

ഫെംറ്റോസെക്കൻഡ് ലേസർ അസിസ്റ്റഡ് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയിൽ, മികച്ച കൃത്യത, സുരക്ഷ, അതുവഴി മികച്ച റിഫ്രാക്റ്റീവ് ഫലങ്ങൾ എന്നിവ സാധ്യമാക്കുന്നതിന് ഫെംറ്റോസെക്കൻഡ് ലേസർ ശസ്ത്രക്രിയാ വിദഗ്ദ്ധനെ സഹായിക്കുന്നു. നടപടിക്രമത്തിനിടയിൽ, ശരിയായ കേന്ദ്രീകരണം ഉറപ്പാക്കാൻ, രോഗി മിന്നിമറയുന്ന വെളിച്ചത്തിൽ തന്റെ നോട്ടം ഉറപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്. തുടർന്ന് കണ്ണിൽ ഒരു രോഗിയുടെ ഇന്റർഫേസ് പ്രയോഗിക്കുന്നു, അപ്പോൾ രോഗിക്ക് കണ്ണിൽ സമ്മർദ്ദം അനുഭവപ്പെടും. ഫെംറ്റോ ലേസർ പ്രയോഗിക്കുമ്പോൾ ക്ലിപ്പിംഗ് ശബ്ദം കേൾക്കുന്നു. തുടർന്ന് പതിവ് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തും.

ഇതര ചികിത്സ

പതിവ് ഫാക്കോഇമൽസിഫിക്കേഷൻ ശസ്ത്രക്രിയയും നടത്താൻ കഴിയുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങൾ, അപകടസാധ്യതകൾ, സങ്കീർണ്ണതകൾ

കാഴ്ചയ്ക്ക് ഭീഷണിയാകുന്ന സങ്കീർണ്ണതകൾ:

അണുബാധ: നേരിയതോ കഠിനമോ ആയ അണുബാധ സാധ്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. നേരിയ അണുബാധ സാധാരണയായി ആൻറിബയോട്ടിക്സുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സിക്കാം, സാധാരണയായി സ്ഥിരമായ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ കാരണമാകില്ല. ആൻറിബയോട്ടിക്സുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സിച്ചാലും ഗുരുതരമായ അണുബാധ സ്ഥിരമായ വടുക്കൾക്കും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടലിനും കാരണമാകും.

ഐറിസ് അട്രാഫി: ഐറിസിന് (കണ്ണിന്റെ നിറമുള്ള ഭാഗം) കേടുപാടുകൾ സംഭവിക്കാമെന്നും അത് ഐറിസ് അട്രാഫിയിലേക്ക് നയിക്കുമെന്നും അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ കണ്ണിലെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കുമെന്നും (ഗ്ലോക്കോമ) എന്നിക്ക് മനസ്സിലാകും. ഇത് സംഭവിച്ചാൽ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ കണ്ണ് തുള്ളികൾ നൽകുന്നു.

റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്: എനിക്ക് ഒരു റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, കണ്ണിന്റെ പിൻഭാഗത്തുള്ള ഒട്ടിപ്പിടിക്കുന്ന അവസ്ഥയിൽ നിന്ന് റെറ്റിന വേർപെടുന്ന ഒരു അവസ്ഥ, ഇത് സാധാരണയായി റെറ്റിനയിലെ ഒരു കീറൽ മൂലമാണ് ഉണ്ടാകുന്നത്, ഇത് കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ കാരണമാകും.

കോർണിയൽ സുതാര്യത നഷ്ടപ്പെടൽ : എനിക്ക് കോർണിയ വീക്കം (എഡീമ) ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ

മനസ്സിലാക്കുന്നു. കോർണിയയെ ആരോഗ്യകരവും വ്യക്തവുമായി നിലനിർത്തുന്നതിൽ കോശങ്ങൾ ഒരു പങ്കുവഹിക്കുന്നു. കോർണിയൽ എഡീമയും എൻഡോതെലിയൽ കോശങ്ങളുടെ നഷ്ടവും കോർണിയയുടെ മങ്ങിയതും അതാര്യവുമായ രൂപത്തിന് കാരണമായേക്കാം, ഇത് താൽക്കാലികമായി കാഴ്ച കുറയ്ക്കുകയും സ്ഥിരമാണെങ്കിൽ കോർണിയ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ഗ്ലോക്കോമ: എനിക്ക് ഗ്ലോക്കോമ ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, ഇത് ദ്രാവക ഡ്രെയിനേജ് മന്ദഗതിയിലാകുന്നത് മൂലമുണ്ടാകുന്ന കണ്ണിന്റെ മർദ്ദത്തിലെ വർദ്ധനവാണ്. ഗ്ലോക്കോമ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ ഇടയാക്കും, കൂടാതെ ദീർഘകാല മരുന്നുകളോ ശസ്ത്രക്രിയയോ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ എന്റെ കാഴ്ചയ്ക്ക് ഭീഷണിയാകുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അവയിൽ ഐറിറ്റിസ് അല്ലെങ്കിൽ ഐറിസിന്റെ വീക്കം (ഉടനടിയുള്ളതും സ്ഥിരവുമായത്), യുവിയൈറ്റിസ്, രക്തസ്രാവം, റെറ്റിനയിലെ വീക്കം (മാക്യുലാർ എഡീമ), മറ്റ് കാഴ്ച സങ്കീർണതകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു. അപൂർവമാണെങ്കിലും, ചില സങ്കീർണതകൾ കാഴ്ച പൂർണ്ണമായും നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ കണ്ണ് നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ കാരണമാകാം. ദിവസങ്ങൾ, ആഴ്ചകൾ, മാസങ്ങൾ, അല്ലെങ്കിൽ വർഷങ്ങൾക്ക് ശേഷം പോലും സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാം.

കാഴ്ചയ്ക്ക് ഭീഷണിയല്ലാത്ത പാർശ്വഫലങ്ങൾ

ഗ്ലെയർ അല്ലെങ്കിൽ ഹാലോസ്: പ്രകാശത്തിനോ രാത്രി ഗ്ലെയറിനോ ഉള്ള സംവേദനക്ഷമത വർദ്ധിച്ചേക്കാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. രാത്രിയിൽ ലൈറ്റുകൾക്ക് ചുറ്റും ഒരു “സ്റ്റാർബർസ്റ്റിംഗ്” അല്ലെങ്കിൽ ഹാലോ ഇഫക്റ്റ് ഉണ്ടാകാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഈ പാർശ്വഫലത്തിന്റെ അപകടസാധ്യത എന്റെ പ്യൂപ്പിലിന്റെ വലുപ്പവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതാകാം, വലിപ്പം കൂടിയ പ്യൂപ്പിലുകൾ എന്നെ കൂടുതൽ അപകടസാധ്യതയിലാക്കിയേക്കാം.

തിരുത്തൽ കുറവ്/അമിത തിരുത്തൽ: ഒരു അമിത തിരുത്തൽ അല്ലെങ്കിൽ തിരുത്തൽ കുറവ് സംഭവിക്കാമെന്നും അത് എന്നെ ദീർഘദൃഷ്ടിയുള്ളവനാക്കാനും, പ്രസ്യദൃഷ്ടി നിലനിർത്താനും, അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസം വർദ്ധിപ്പിക്കാനും കാരണമാകുമെന്നും ഇത് സ്ഥിരമായതോ ഗ്ലാസുകൾ, കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ അല്ലെങ്കിൽ അധിക ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സിക്കാവുന്നതോ ആകാം എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ഫെംറ്റോസെക്കൻഡ് സഹായത്തോടെയുള്ള തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമാകുന്നതിനുള്ള ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടുമ്പോൾ, ഞാൻ ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്നും (അല്ലെങ്കിൽ അത് എനിക്ക് വായിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്) ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും ഉദ്ദേശ്യവും സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലായെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായി ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

3. പീഡിയാട്രിക് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

ആമുഖം

ഏത് പ്രായത്തിലുള്ള കുട്ടികളുടെയും ഒരു കണ്ണിനെയോ രണ്ട് കണ്ണുകളെയോ പീഡിയാട്രിക് തിമിരം ബാധിച്ചേക്കാം. ചില കുട്ടികൾക്ക് ജനനസമയത്ത് തിമിരം ഉണ്ടാകാറുണ്ട്, ചിലർക്ക് അവരുടെ വളർച്ചയുടെ വർഷങ്ങളിൽ ഇത് വരാം. കുട്ടിയുടെ കാഴ്ച സ്വഭാവം സമഗ്രമായി വിലയിരുത്തിയ ശേഷം നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധന്റെ വിവേചനാധികാരത്തിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകത ഏറ്റെടുക്കുന്നത്. തിമിരം കാഴ്ചയിൽ പ്രാധാന്യമുള്ളതാണെങ്കിൽ, കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും കുട്ടിക്ക് ബൈനോക്കുലർ കാഴ്ചനൽകുന്നതിനും ആദ്യകാല ശസ്ത്രക്രിയയാണ് ഏറ്റവും നല്ല ഓപ്ഷൻ. ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്, പ്രാഥമിക ശസ്ത്രക്രിയ സമയത്ത് ഇൻട്രാ ഒക്കുലർ ലെൻസ് സ്ഥാപിക്കണോ വേണ്ടയോ എന്നത് കുട്ടിയുടെ പ്രായത്തെയും തിമിരത്തിന്റെ ലാറ്ററലിറ്റി ഒരു കണ്ണിലോ / രണ്ട് കണ്ണിലോ ആണോ എന്നതിനെ ആശ്രയിച്ചിരിക്കുന്നു. രണ്ട് കണ്ണുകളും ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്യേണ്ടതുണ്ടെങ്കിൽ, അനസ്തേഷ്യ രണ്ട് തവണ ആവശ്യമാണ്, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ കണ്ണിനുള്ള സമയം ആദ്യ കണ്ണിന്റെ പ്രതികരണം കണ്ടതിനുശേഷം നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ തീരുമാനിക്കുന്നു. കുട്ടിക്ക് പൂർണ്ണമായ കാഴ്ചശേഷി വികസിപ്പിക്കാൻ കഴിയുന്ന തരത്തിൽ വ്യക്തമായ ഒക്കുലർ മീഡിയ ഉറപ്പാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്.

ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര പരിചരണം

വേദനസംഹാരികളായ ഓറൽ മരുന്നുകളും ചില കണ്ണ് തുള്ളികളും നൽകുന്ന നടപടിക്രമത്തിന് ശേഷം കണ്ണ് ചുവപ്പ്, വീർക്കൽ, വേദനാജനകമായ അവസ്ഥ എന്നിവ ഉണ്ടായേക്കാം. നടപടിക്രമത്തിന്റെ പരമാവധി ഫലപ്രാപ്തി ഉറപ്പാക്കാൻ നടപടിക്രമത്തിന് ശേഷം വളരെക്കാലം മരുന്നുകൾ ഉപയോഗിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം. ഒപ്റ്റിമൽ വിഷ്വൽ ഫലത്തിൽ അവരുടെ പങ്ക് നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധനെപ്പോലെ തന്നെ പ്രധാനമാണെന്ന് കുട്ടിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ/നിയമ രക്ഷകർത്താക്കൾ മനസ്സിലാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്. കുട്ടിയുടെ പതിവ് ഫോളോ-അപ്പ്, അസാധാരണമായ കാഴ്ച സ്വഭാവം, കാലക്രമേണ കുട്ടികളുടെ കണ്ണ് വളരുന്നതിനനുസരിച്ച് മാറുന്ന റിഫ്രാക്റ്റീവ് വ്യത്യാസങ്ങൾ തുടങ്ങിയവ കാരണം അനസ്തേഷ്യയിൽ പതിവായി പരിശോധനകൾ നടത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത എന്നിവ അവർ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതുണ്ട്. ചിലപ്പോൾ കുട്ടികൾക്ക് തിമിരത്തോടൊപ്പം മറ്റ് അനുബന്ധ നേത്ര രോഗങ്ങളും ഉണ്ടായേക്കാം, ഇതിന് അധിക ശസ്ത്രക്രിയാ ഇടപെടലുകൾ/വ്യവസ്ഥാപരമായ പീഡിയാട്രിക് വിലയിരുത്തൽ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കോഴ്സും സങ്കീർണതകളും

1. തിമിരത്തിനും സ്തര രൂപീകരണത്തിനും ശേഷം: ആധുനിക ശസ്ത്രക്രിയാ സാങ്കേതിക വിദ്യകളുടെ ലഭ്യതയോടെ സമീപ വർഷങ്ങളിൽ സംഭവങ്ങൾ കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്, പക്ഷേ ഇപ്പോഴും പ്രത്യേകിച്ച് ഒരു വയസ്സിന് താഴെയുള്ള ചെറിയ കുട്ടികളിൽ ഇത് സംഭവിക്കാം.
2. നിഫ്രാക്റ്റീവ് പിശകുകളും കണ്ണടകളുടെ പതിവ് ആവശ്യകതയും മാറ്റുക: കുട്ടിയുടെ നിഫ്രാക്റ്റീവ് നിലയുടെ ആനുകാലിക വിലയിരുത്തൽ അത്യാവശ്യമാണ്, ഇതിനായി ശരിയായ നിഫ്രാക്റ്റീവ് തിരുത്തൽ ഉറപ്പാക്കാൻ അനസ്തേഷ്യയിൽ ആവർത്തിച്ചുള്ള പരിശോധനകൾ ആവശ്യമാണ്. ഉണർന്നിരിക്കുന്ന സമയത്ത് കുട്ടി ഗ്ലാസുകൾ/കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ എന്നിവയുടെ രൂപത്തിൽ ശരിയായ നിഫ്രാക്റ്റീവ് തിരുത്തൽ ധരിക്കുന്നുണ്ടെന്ന് മാതാപിതാക്കൾ/നിയമപരമായ രക്ഷിതാക്കൾ മനസ്സിലാക്കേണ്ടത് പ്രധാനമാണ്.
3. ആംബ്ലിയോപ്പിയ (അലസമായ കണ്ണ്) ചികിത്സ: ഒരു കണ്ണിൽ മാത്രമുള്ള തിമിര കേസുകളുടെ വിജയത്തിലെ ഏറ്റവും പ്രധാനപ്പെട്ട ഒറ്റ ഘടകമാണിത്. കുട്ടി ശരിയായ ഒക്യൂഷൻ തെറാപ്പിയിലാണെന്ന് മാതാപിതാക്കൾ/നിയമ രക്ഷിതാക്കൾ ഉറപ്പാക്കേണ്ടതുണ്ട്, ഇതിന്റെ ആവൃത്തി ചികിത്സിക്കുന്ന നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ തീരുമാനിക്കും.
4. ഗ്ലോക്കോമ: വിജയകരമായ പീഡിയാട്രിക് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം വൈകിയുണ്ടാകുന്ന കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള ഏറ്റവും പ്രധാനപ്പെട്ട ഒറ്റ കാരണം ഇതാണ്. ഈ സങ്കീർണതയുടെ നിരക്ക് വ്യാപകമായി വ്യത്യാസപ്പെടുന്നു. സുരക്ഷ ഉറപ്പാക്കാൻ, കുട്ടിയുടെ കണ്ണിലെ ഇടയ്ക്കിടെയുള്ള ഇൻട്രാക്യുലർ മർദ്ദം നിരീക്ഷിക്കുന്നത് മാതാപിതാക്കളുടെ/നിയമ രക്ഷിതാക്കൾ ഉറപ്പാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്, അതുവഴി നേരത്തെയുള്ള കണ്ടെത്തൽ സാധ്യമാകുകയും പരിഹാര നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുകയും ചെയ്യാം.
5. റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്/എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്: ഇവ അപൂർവ്വ സങ്കീർണതകളാണ്.
6. സ്ക്രാബിസ്മസ് (കോങ്കണ്ണ്), നിസ്സാഗ്മസ്: ഇവ ചിലപ്പോൾ അവതരണ സമയത്ത് ഉണ്ടാകാം. ഇവ രണ്ടിനും സാധാരണയായി പിന്നീടുള്ള തീയതിയിൽ പ്രത്യേക ശസ്ത്രക്രിയ ഇടപെടൽ ആവശ്യമാണ്.

നിങ്ങളുടെ കുട്ടിയുടെ കാഴ്ചയുടെ പ്രവർത്തനം വിലയിരുത്തുന്നതിനും മുകളിൽ ലിസ്റ്റുചെയ്തിരിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും സങ്കീർണതകൾ നേരത്തേ കണ്ടെത്തുന്നതിനും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് കഴിയുന്ന തരത്തിൽ, ജീവിതകാലം മുഴുവൻ സൂക്ഷ്മമായ പതിവ് ഫോളോ-അപ്പ് നിങ്ങളുടെ ഭാഗത്ത് വളരെ പ്രധാനമാണെന്ന് നിങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

4. YAG കാപ്സുലോട്ടമി

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:.....

ആമുഖം

ആധുനിക തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം ഇൻട്രാക്യുലർ ലെൻസിനെ പിന്തുണയ്ക്കുന്നതിനായി അവശേഷിക്കുന്ന ലെൻസിന്റെ പിൻഭാഗത്തെ കാപ്സ്യൂളിന്റെ ഭാഗികമായോ പൂർണ്ണമായോ ഒപാസിഫിക്കേഷൻ കാരണം പിൻഭാഗത്തെ പാട അതാര്യമാകുന്നതിനാൽ ഉണ്ടാകുന്ന ഒരു അവസ്ഥയാണ് പോസ്റ്റീരിയർ കാപ്സ്യൂളർ ഒപാസിഫിക്കേഷൻ (പിസിഒ). അത്തരമൊരു പാട കാഴ്ച മങ്ങുന്നതിനും കാരണമാകുന്നു, ഇടയ്ക്കിടെ പ്രകാശത്തിന് ചുറ്റും വരകളോ ഹാലോകളോ ഉണ്ടാകുന്നു.

രോഗിക്ക് കാര്യമായ പരാതികൾ ഉണ്ടാകുമ്പോൾ പിസിഒയ്ക്കുള്ളിൽ ഒരു ദ്വാരം ഉണ്ടാക്കാൻ എൻഡി-യാഗ് ലേസർ ഉപയോഗിക്കുന്നതാണ് ലേസർ കാപ്സുലോട്ടമി, അതുവഴി രോഗിക്ക് വ്യക്തമായ കേന്ദ്ര ദൃശ്യ അച്ചുതണ്ട് നൽകുന്നു.

നടപടിക്രമത്തിന്റെ സങ്കീർണതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു: ഐഒഎൽ ഒപ്റ്റിക് കേടുപാടുകൾ, ഐഒഎൽ പിറ്റിംഗ്, ഐഒഎൽ സ്ഥാനചലനം, ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര ഇൻട്രാക്യുലർ മർദ്ദം ഉയരൽ, പുതിയ പ്ലോട്ടറുകൾ/ പാടുകൾ, സിസ്റ്റോയിഡ് മാക്കുലാർ എഡിമ, റെറ്റിന വീക്കം, റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്, ലോക്കലൈസ്ഡ് എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്. ഇവയ്ക്ക് അധിക മെഡിക്കൽ/ശസ്ത്രക്രിയാ ഇടപെടൽ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ഇതര ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളിൽ ശസ്ത്രക്രിയ വഴി പോസ്റ്റീരിയർ കാപ്സ്യൂളോട്ടമി ഉൾപ്പെടുന്നു, അവിടെ ഒപാസിഫൈഡ് പോസ്റ്റീരിയർ കാപ്സ്യൂൾ നീക്കം ചെയ്യുന്നതിന് കണ്ണ് തുറക്കേണ്ടിവരും.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ.

മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു
 ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
 പേര്:
 വിലാസം:

 ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
 പേര്:
 രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:
 വിലാസം:

 ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:
 പേര്:
 വിലാസം:
 ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:
 പേര്:
 വിലാസം:
 ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

**കോർണിയ,
നേത്ര ഉപരിതല
ശസ്ത്രക്രിയകൾ**

B

1. ഒപ്റ്റിക്കൽ പെനട്രേറ്റിംഗ് കെരാട്ടോപ്താസ്സി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക്/എന്റെ കുട്ടിക്ക് കോർണിയയുടെ വെളുത്ത നിറം (കോർണിയ ഒപാസിറ്റി) / കോർണിയ ഉൾപ്പെടുന്ന മറ്റ് രോഗം എന്നിവ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടെന്നും ഇത് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുമെന്നും എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇത് മാറ്റിസ്ഥാപിക്കാൻ ഒരു ദാതാവിന്റെ കഡാവെറിക് കോർണിയ ഉപയോഗിക്കുകയും തുന്നലുകളുടെ സഹായത്തോടെ സ്ഥാപിക്കുകയും ചെയ്യും. കോർണിയ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സ്വഭാവത്തെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ കാഴ്ച വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് അത് നീക്കം ചെയ്യണമെന്നും. അണുബാധ, ഗ്രാഫ്റ്റ് നിരസിക്കൽ, തുന്നൽ അയയുക മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുക, കാഴ്ച പുരോഗതിക്കാതിരിക്കുക, ശസ്ത്രക്രിയ അല്ലെങ്കിൽ മരുന്നുകൾ മൂലമുണ്ടാകുന്ന ഗ്ലോകോമ, തിമിര രൂപീകരണം, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഉയർന്ന ആന്റിഗ്ലാൂസം എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ഡോക്ടർമാർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുപോലെ വർഷങ്ങളോളം നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന, ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും ഒന്നിലധികം പരിശോധനകൾ നടത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഗ്രാഫ്റ്റിന്റെ വിജയത്തിന് മരുന്നുകൾ ശരിയായി ഉപയോഗിക്കേണ്ടതുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. കണ്ണിൽ പെട്ടെന്ന് ചുവപ്പ്, ഫോട്ടോഫോബിയ, കരു കരുപ്പ്, വേദന അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ചശക്തി കുറയൽ എന്നിവ ഉണ്ടായാൽ, കണ്ണിലെ പരിക്ക് സംബന്ധിച്ച തുടർനടപടികൾക്കായി ഞാൻ അടിയന്തിരമായി എത്തേണ്ടിവരുമെന്ന് എന്നോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, കാരണം ഇവ ഗ്രാഫ്റ്റ് അണുബാധയുടെയോ നിരസിക്കലിന്റെയോ ആദ്യ ലക്ഷണങ്ങളായിരിക്കാം. എത്ര ശ്രമിച്ചിട്ടും, കാഴ്ചശക്തി അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിന്റെ രൂപം വഷളാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ഈ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും, അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണ്ണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എനിക്ക് / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ ഞാൻ എന്റെ പൂർണ്ണ അധികാരം എന്റെ ചികിത്സകനായ ഡോക്ടർക്ക് നൽകുന്നു. സംഭവിക്കാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണ്ണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പുവെക്കുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്ര, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും, ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി ചിത്രത്തിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

മെഡിക്കൽ പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി, നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/ തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോയും ഓഡിയോയും റെക്കോർഡ് ചെയ്യുകയും ഫോട്ടോ എടുക്കുകയും ചെയ്യുന്നതിനുള്ള അനുമതി ഞാൻ ഇതിനാൽ നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

2. തെറാപ്യൂട്ടിക് കെരാറ്റോപ്ലാസ്റ്റി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

നടപടിക്രമം

തെറാപ്യൂട്ടിക് കെരാറ്റോപ്ലാസ്റ്റി എന്നത് കണ്ണിന്റെ സുതാര്യമായ പുറം പാളി, അതായത് കോർണിയ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്ന അണുബാധയുള്ള രോഗികളിൽ നടത്തുന്ന ഒരു നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയയാണ്. കോർണിയയിൽ സുഷിരം ഉണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുള്ള സാഹചര്യങ്ങളിലോ, ചിലപ്പോൾ പരമാവധി പരമ്പരാഗത മെഡിക്കൽ തെറാപ്പിക്ക് പ്രതികരിക്കാത്ത സാഹചര്യങ്ങളിലോ, കോർണിയയുടെ ആഴത്തിലുള്ള പാളികളിലേക്ക് അണുബാധ പടരുന്ന സാഹചര്യങ്ങളിലോ ആണ് സാധാരണയായി ഈ പ്രക്രിയ നടത്തുന്നത്. സാധാരണയായി ഈ പ്രക്രിയ ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് നടത്തുന്നത്, പക്ഷേ രോഗിയുടെ കണ്ണിന്റെ അവസ്ഥയും രോഗിയുടെ വ്യവസ്ഥാപരമായ അവസ്ഥയും അനുസരിച്ച് ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലും ഇത് ചെയ്യാൻ കഴിയും .

ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര പരിചരണം

വേദനസംഹാരികളായ ഓറൽ മരുന്നുകളും ചില കണ്ണ് തുള്ളികളും നൽകുന്ന നടപടിക്രമത്തിന് ശേഷം കണ്ണ് ചുവപ്പ്, വീർക്കൽ, വേദനാജനകമായ അവസ്ഥ എന്നിവ ഉണ്ടായേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ആദ്യ ദിവസം, മൂന്നാം ദിവസം, ഏഴാം ദിവസം, തുടർന്ന് രണ്ടാഴ്ച കൂടുമ്പോൾ ഔട്ട്പേഷ്യന്റ് സന്ദർശനങ്ങൾ നടത്തുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പ്രാഥമിക ലക്ഷ്യം കണ്ണിനെ രക്ഷിക്കുകയും കണ്ണിലേക്ക് അണുബാധ പടരുന്നത് തടയുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണെന്ന് നിങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്, ഇത് വിനാശകരമായിരിക്കും. ഉപയോഗപ്രദമായ കാഴ്ച കൈവരിക്കുക എന്നത് ഈ പ്രക്രിയയുടെ ഒരു ദ്വിതീയ ലക്ഷ്യം മാത്രമാണ്, ഇതിനായി അണുബാധ നിയന്ത്രണവിധേയമായിക്കഴിഞ്ഞാൽ പിന്നീട് ആവർത്തിച്ചുള്ള കോർണിയൽ മാറ്റിസ്ഥാപിക്കൽ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അധിക നടപടിക്രമങ്ങൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷമുള്ള കോഴ്സും സങ്കീർണതകളും

1. സ്ഥിരമായ എപ്പിത്തീലിയൽ വൈകല്യം ഉൾപ്പെടെയുള്ള കോർണിയൽ മുറിവ് ഉണ്ടാകാൻ പ്രശ്നങ്ങൾ
2. ഗ്ലോക്കോമ
3. ദാതാവിന്റെ കോർണിയയുടെ ഗ്രാഫ്റ്റ് റിജക്ഷനും ഒപാസിഫിക്കേഷനും
4. തുന്നലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രശ്നങ്ങൾ, അയഞ്ഞ, പൊട്ടിയ തുന്നലുകൾ, തുന്നൽ കുരു എന്നിവയുൾപ്പെടെ.
5. ഗ്രാഫ്റ്റിൽ യഥാർത്ഥ അണുബാധയുടെ ആവർത്തനം.
6. എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്, ഗ്ലോബിന്റെ ചുരുങ്ങൽ - ഇവ അപൂർവമാണ്.

മികച്ച ഗ്രാഫ്റ്റ് ഫലം ലഭിക്കുന്നതിന്, ആൻറിബയോട്ടിക്സുകൾ, ആന്റിഫംഗലുകൾ, ലോക്കൽ ആൻറി-ഇൻഫ്ലമേറ്ററി ഏജന്റുകൾ, ലൂബ്രിക്കന്റുകൾ തുടങ്ങിയ ചില പ്രാദേശിക മരുന്നുകൾ ദീർഘനേരം

ഒഴിക്കേണ്ടതുണ്ടെന്ന് രോഗി മനസ്സിലാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്. കൂടാതെ, ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ തീരുമാനിക്കുന്ന പതിവ് ഫോളോ-അപ്പിന്റെ പ്രാധാന്യം അമിതമായി ഊന്നിപ്പറയേണ്ടതില്ല. വിജയം ഉറപ്പാക്കാൻ ഗ്രാഫ്റ്റിന്റെ പരിചരണത്തിൽ നിങ്ങൾ സജീവമായി പങ്കാളിയാണെന്ന് പറയേണ്ടതില്ലല്ലോ.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
 വിലാസം:.....

 ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

3. ഡീപ് ആന്റിരിയർ ലാമെല്ലാർ കെരാറ്റോപ്ലാസ്സി (DALK)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ എനിക്ക് / എന്റെ കുട്ടിക്ക് കോർണിയയുടെ വെളുത്ത നിറം (കോർണിയൽ അതാര്യത) / കോർണിയൽ എക്സാസിയ (കെരാട്ടോകോണസ്) / കോർണിയയുടെ മുൻഭാഗം ഉൾപ്പെടുന്ന മറ്റ് രോഗം (.....) എന്നിവയാൽ ബുദ്ധിമുട്ടുന്നുണ്ടെന്നും, കോർണിയയുടെ മുൻഭാഗം, മധ്യഭാഗം, ആഴത്തിലുള്ള ഭാഗം (എപ്പിത്തീലിയം, ബേസ്മെന്റ് മെംബ്രൺ & സ്ക്ലോമ വരെ അല്ലെങ്കിൽ ഡെന്റ്സ് മെറ്റിന് തൊട്ടുമുമ്പ്) വരെ നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുമെന്നും അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട് . ദാതാവിന്റെ കഡാവെറിക് കോർണിയയുടെ ഒരു ഭാഗം ഇത് മാറ്റിസ്ഥാപിക്കാൻ ഉപയോഗിക്കുകയും തുന്നലുകളുടെ സഹായത്തോടെ സ്ഥാപിക്കുകയും ചെയ്യും.

അതാര്യതയുടെ/മുറിവിന്റെ സ്ഥിരമായ സ്വഭാവത്തെക്കുറിച്ചും കാഴ്ച വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് അത് നീക്കം ചെയ്യേണ്ടതുണ്ടെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഡോണർ കോർണിയയിൽ സുഷിരം ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയും, ഇത് പൂർണ്ണ കട്ടിയുള്ള കോർണിയൽ ട്രാൻസ്പ്ലാന്റിന്റെ ആവശ്യകതയിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാമെന്നും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. അണുബാധ, ഗ്രാഫ്റ്റ് നിരസിക്കൽ, തുന്നൽ സംബന്ധ പ്രശ്നങ്ങൾ, ഇന്റർഫേസിലെ രക്തക്കുഴലുകൾ വർദ്ധിക്കൽ, രക്തസ്രാവം, മികച്ച കാഴ്ചശക്തിയിൽ പുരോഗതിയില്ലാതിരിക്കുക, ശസ്ത്രക്രിയ അല്ലെങ്കിൽ മരുന്നുകൾ മൂലമുണ്ടാകുന്ന ഗ്ലോക്കോമ, തിമിര രൂപീകരണം, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഉയർന്ന ആന്റിഗ്ലോമറ്റിസം എന്നിവ ഉണ്ടാകാം. ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, ഇത് കാഴ്ചയെ ബാധിക്കാം. ഡോക്ടർമാർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുപോലെ വർഷങ്ങളോളം നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന, ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും ഒന്നിലധികം പരിശോധനകൾ നടത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട് . ഗ്രാഫ്റ്റ് വിജയകരമാകാൻ മരുന്നുകൾ ശരിയായി ഉപയോഗിക്കേണ്ടതുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. പെട്ടെന്ന് ചുവപ്പ്, ഫോട്ടോഫോബിയ, കരു കരുപ്പ്, വേദന അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ചശക്തി കുറയ്ക്കൽ എന്നിവ ഉണ്ടായാൽ നേത്രരോഗത്തിന് ഞാൻ അടിയന്തിരമായി ഫോളോ-അപ്പിനായി വരേണ്ടിവരുമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, കാരണം ഇവ ഗ്രാഫ്റ്റ് അണുബാധയുടെയോ നിരസിക്കലിന്റെയോ പ്രാരംഭ ലക്ഷണങ്ങളായിരിക്കാം. എത്ര ശ്രമിച്ചിട്ടും , കാഴ്ചശക്തി വഷളാകാനോ കണ്ണിന്റെ രൂപം വഷളാകാനോ സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു .

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് എന്റെ പൂർണ്ണ അധികാരം ഞാൻ നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യമായ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതപത്രത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്ര, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും, ദൃശ്യ സംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി അവയോടൊപ്പമുള്ള ചിത്രമോ വിവരണാത്മക വാചകമോ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി, നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/ തുടർന്നുള്ള സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡും ഫോട്ടോയും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

4. കോർണിയോ - സ്ക്ലീറൽ മുറിവ് തുണലിടുക

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

നടപടിക്രമം

കണ്ണിന്റെ സുതാര്യമായ പുറം പാളിയായ കോർണിയ അല്ലെങ്കിൽ വെളുത്ത ഭാഗം (സ്ക്ലീറ) അല്ലെങ്കിൽ രണ്ടും ഉൾപ്പെടുന്ന ഭാഗത്ത് പൊട്ടലുള്ള രോഗികളിൽ നടത്തുന്ന ഒരു അടിയന്തര നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയയാണ് കോർണിയോ -സ്ക്ലീറൽ റിപ്പയർ. ബ്ലണ്ട് ഫോഴ്സ് ട്രാമ അല്ലെങ്കിൽ പെനെട്രേറ്റിംഗ് പരിക്ക് അനുഭവിച്ച രോഗികളിലാണ് സാധാരണയായി ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നത്. സാധാരണയായി ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നത്, പക്ഷേ രോഗിയുടെ കണ്ണിന്റെ അവസ്ഥയും (പരിക്കിന്റെ തീവ്രത) പ്രായത്തെയും ആശ്രയിച്ച് ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിലും ഇത് ചെയ്യാൻ കഴിയും .

ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര പരിചരണം

പ്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കണ്ണ് ചുവപ്പ്, വീർക്കൽ, വേദനാജനകമായ അവസ്ഥകൾ എന്നിവ അനുഭവപ്പെടാം. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പ്രാഥമിക ലക്ഷ്യം കണ്ണിന്റെ സംരക്ഷണവും, കഴിയുന്നത്ര നേത്രഗോളത്തിന്റെ ശരീരഘടനാപരമായ സമഗ്രത പുനഃസ്ഥാപിക്കുന്നതുമാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്. കാഴ്ച കൈവരിക്കുക എന്നത് നടപടിക്രമത്തിന്റെ ഒരു ദ്വിതീയ ലക്ഷ്യം മാത്രമാണ്, ഇതിനായി ഇൻട്രാഒക്യുലർ ലെൻസ് ഇംപ്ലാന്റേഷനോടുകൂടിയോ/അല്ലാതെയോ തിമിരം വേർതിരിച്ചെടുക്കൽ, ഐറിസ് വൈകല്യങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ ഐറിസ് റിപ്പയർ, സെക്കൻഡറി ഗ്ലോക്കോമയ്ക്കുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ, വിഷുൽ ആക്സിസിലെ കോർണിയൽ പാടുകൾക്ക് കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറ് അല്ലെങ്കിൽ പിൻഭാഗത്തെ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് വിട്രിയോറെറ്റിനൽ ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അധിക നടപടിക്രമങ്ങൾ പിന്നീട് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ഗ്ലോബിനെ രക്ഷിക്കാൻ കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ, കോസ്മെസിസ് പുനഃസ്ഥാപിക്കുന്നതിന് സോക്കറ്റ് പുനർനിർമ്മാണത്തോടുകൂടിയോ/അല്ലാതെയോ ഒരു ഒക്കുലർ പ്രോസ്റ്റസിസ് (ക്യൂത്രിമ കണ്ണ് വെക്കുന്ന ശസ്ത്രക്രിയ) നടത്തേണ്ടി വന്നേക്കാം. ഇതിന് കാഴ്ച ഉണ്ടാകില്ല. കോസ്മെസ് കൈവരിക്കുന്നതിന് കോർണിയൽ ടാറ്റുയിംഗും നടത്താം .

ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കോഴ്സും സങ്കീർണതകളും

1. സ്ഥിരമായ എപ്പിത്തീലിയൽ വൈകല്യം ഉൾപ്പെടെയുള്ള കോർണിയൽ മുറിവ് ഉണക്കൽ പ്രശ്നങ്ങൾ
2. ഗ്ലോക്കോമ
3. തുണലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രശ്നങ്ങൾ, അയഞ്ഞ, പൊട്ടിയ തുണലുകൾ, തുണൽ കുരു എന്നിവയുൾപ്പെടെ.
4. മുറിവിലെ അണുബാധ
5. എൻഡോഫ്താൽമിറ്റിസും ഗ്ലോബിന്റെ ചുരുങ്ങലും - ഇവ യഥാർത്ഥ പരിക്കിന്റെ തീവ്രതയുമായി നേരിട്ട് ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു.

ഒരു ഫലം ലഭിക്കുന്നതിന് രോഗി വളരെക്കാലം ആൻറിബയോട്ടിക്സുകൾ/ആന്റിഫംഗലുകൾ, ലോക്കൽ ആൻറി-ഇൻഫ്ലമേറ്ററി ഏജന്റുകൾ, ലൂബ്രിക്കന്റുകൾ, ഗ്ലോക്കോമ വിരുദ്ധ മരുന്നുകൾ തുടങ്ങിയ ചില പ്രാദേശിക മരുന്നുകൾ കഴിക്കേണ്ടതുണ്ടെന്ന് മനസ്സിലാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്. കൂടാതെ, ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ തീരുമാനിക്കുന്ന പതിവ് തുടർനടപടികളുടെ പ്രാധാന്യം ഊന്നിപ്പറയേണ്ടതില്ല.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ

പേര്:
 രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:
 വിലാസം:

 ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:
 പേര്:
 വിലാസം:
 ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:
 പേര്:
 വിലാസം:
 ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

5. ഡെസെമെറ്റിന്റെ സ്ട്രിപ്പിംഗ് എൻഡോതെലിയൽ കെരാട്ടോപ്പാസ്സി (DSEK/DSAEK)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

DSEK/DSAEK യുടെ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും

കണ്ണിലെ രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്, മാറ്റിവച്ച കലകളുടെ തിരസ്കരണം, വിട്ടുമാറാത്ത വീക്കം, ഇരട്ട കാഴ്ച, കോർണിയയുടെ വ്യക്തത നഷ്ടപ്പെടൽ, കാഴ്ചയിൽ പുരോഗതിയില്ലായ്മ അല്ലെങ്കിൽ വഷളാകൽ, ശസ്ത്രക്രിയ, മരുന്നുകൾ എന്നിവ മൂലമുണ്ടാകുന്ന ഗ്ലോക്കോമ, തിമിര രൂപീകരണം എന്നിവ പോലുള്ള പൂർണ്ണ കട്ടിയുള്ള കോർണിയ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറേഷനു സമാനമായ പൊതുവായ അപകടസാധ്യതകൾ ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള ആദ്യത്തെ കുറച്ച് ദിവസങ്ങളിലോ ആഴ്ചകളിലോ എൻഡോതെലിയത്തിന്റെ നേർത്ത ബട്ടൺ സ്ഥാനഭ്രംശം സംഭവിക്കുകയും അത് പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വരികയും ചെയ്യുന്നതാണ് DSEK-യുടെ പ്രത്യേക അപകടസാധ്യതകൾ. DSEK ശസ്ത്രക്രിയ പരാജയപ്പെട്ടാൽ, ദാതാവിന്റെ എൻഡോതെലിയത്തിന്റെ മറ്റൊരു ബട്ടൺ ഉപയോഗിച്ച് ശസ്ത്രക്രിയ ആവർത്തിക്കാം. പകരമായി, ഒരു പരമ്പരാഗത കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറ് ശസ്ത്രക്രിയയും നടത്താം. ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് കാരണമായേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ നയിച്ചേക്കാം. കണ്ണിന്റെ ദ്വാരം, ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് കേടുപാടുകൾ, തുടങ്ങിക്കിടക്കുന്ന കണ്പോള, റെറ്റിനയിലെ രക്തചംക്രമണത്തിലെ തടസ്സം, ശ്വസന തടസം, ഹൈപ്പോടൈൻഷൻ എന്നിവയാണ് ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യ മൂലമുണ്ടാകുന്ന മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ.

ഡോക്ടർമാർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുപോലെ വർഷങ്ങളോളം നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന, ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും ഒന്നിലധികം പരിശോധനകൾ നടത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ഗ്രാഫ്റ്റ് വിജയകരമാകാൻ മരുന്നുകൾ ശരിയായി ഉപയോഗിക്കേണ്ടത് അത്യാവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ഗ്രാഫ്റ്റ് അണുബാധയുടെയോ നിരസിക്കലിന്റെയോ ആദ്യ ലക്ഷണങ്ങളാകാം, കാരണം പെട്ടെന്ന് ചുവപ്പ്, ഫോട്ടോഫോബിയ, വേദന അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ചശക്തി കുറയൽ എന്നിവ ഉണ്ടായാൽ തുടർനടപടികൾക്കായി ഞാൻ അടിയന്തിരമായി എത്തേണ്ടിവരുമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.

ഇവിടെ പട്ടികപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലാത്ത മറ്റ് അപ്രതീക്ഷിത അപകടസാധ്യതകളോ സങ്കീർണതകളോ ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. നിർദ്ദിഷ്ട ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ, അധിക നടപടിക്രമങ്ങൾ നടത്തേണ്ടതായി വരുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തിയേക്കാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അത്തരം നടപടിക്രമങ്ങൾ നടത്താൻ ഞാൻ അംഗീകാരം നൽകുന്നു. ഏതെങ്കിലും നടപടിക്രമത്തിന്റെയോ ചികിത്സയുടെയോ ഫലങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച് എനിക്ക് യാതൊരു ഉറപ്പുകളോ വാഗ്ദാനങ്ങളോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഈ സമ്മതപത്രം എനിക്ക് ലഭ്യമായ വിവിധ ഓപ്ഷനുകളെക്കുറിച്ച് മനസ്സിലാക്കി തന്നു.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിൽ എൻഡോതെലിയൽ കെരാറ്റോപ്പാസ്സി നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ എനിക്ക് എന്ന ഒരു നേത്രരോഗം ഉണ്ടെന്ന് എന്നെ അറിയിച്ചു. അതിൽ നിർണായക എണ്ണം എൻഡോതെലിയൽ കോശങ്ങൾ (കോർണിയയുടെ ആന്തരികപാളി)നഷ്ടപ്പെട്ടു. അതുമൂലം കോർണിയ വീർക്കുകയും മേഘാവൃതമാവുകയും ചെയ്തു. ബാക്കിയുള്ള കോർണിയൽ പാളികളായ സ്ട്രോമയും പുറം എപ്പിത്തീലിയവും ആരോഗ്യകരമാണ്. ഡെസ്സെമെറ്റ്സ് സ്ട്രിപ്പിംഗ് എൻഡോതെലിയൽ കെരാട്ടോപ്പാസ്റ്റി (DSEK/DSAEK) എന്നറിയപ്പെടുന്ന ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തും, അതിൽ എൻഡോതെലിയൽ സെൽ പാളി അടങ്ങിയ ദാതാവിന്റെ ടിഷ്യൂവിന്റെ ഒരു നേർത്ത ബട്ടൺ എന്റെ കണ്ണിന്റെ പിൻഭാഗത്ത് സ്ഥാപിക്കും .

പൂർണ്ണ കട്ടിയുള്ള കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റേഷനെ അപേക്ഷിച്ച് DSEK യുടെ ഗുണങ്ങൾ, ഇത് വേഗത്തിൽ ചെയ്യാൻ കഴിയും, മുറിവ് ചെറുതാണ്, കൂടുതൽ സ്ഥിരതയുള്ളതാണ്, അബദ്ധത്തിൽ ഉണ്ടാകുന്ന ആഘാതത്തിൽ നിന്ന് പൊട്ടിപ്പോകാനുള്ള സാധ്യത കുറവാണ് എന്നതാണ്. ഈ സാങ്കേതികതയ്ക്ക് വളരെ കുറച്ച് തുന്നലുകൾ മാത്രമേ ആവശ്യമുള്ളൂ എന്നതിനാൽ, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷമുള്ള ആസ്സിമെറ്റിസം വളരെ കുറവാണ്, ഇത് കാഴ്ച വീണ്ടെടുക്കലിനെ വൈകിപ്പിക്കും. കോർണിയയുടെ നേർത്ത ആന്തരിക പാളി മാത്രം മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുന്നതിനാൽ, രോഗിയുടെ സ്വന്തം കോർണിയയുടെ 90% ത്തിലധികവും പിന്നിൽ തുടരുന്നു, ഇത് കൂടുതൽ ഘടനാപരമായ സമഗ്രതയ്ക്കും നിരസിക്കൽ സാധ്യത കുറയ്ക്കുന്നതിനും കാരണമാകുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ഭാഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

6. ഡെസെമെറ്റ് മെംബ്രൻ എൻഡോതെലിയൽ കെരാട്ടോപ്ലാസ്റ്റി (DMEK)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

DMEK യുടെ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും

കണ്ണിലെ രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്, മാറ്റിവച്ച നേത്രപടലത്തിന്റെ തിരസ്കരണം, വിട്ടുമാറാത്ത വീക്കം, ഇരട്ട കാഴ്ച, കോർണിയയുടെ വ്യക്തത നഷ്ടപ്പെടൽ, കാഴ്ചയിൽ പുരോഗതിയില്ലായ്മ അല്ലെങ്കിൽ BCVA വഷളാകൽ, ശസ്ത്രക്രിയ, മരുന്നുകൾ എന്നിവ മൂലമുണ്ടാകുന്ന ഗ്ലോക്കോമ, തിമിര രൂപീകരണം എന്നിവ പോലുള്ള നേത്രപടലത്തിന്റെ എല്ലാ പാളികളും ഉൾപ്പെടുന്ന കോർണിയ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റേഷൻ സമാനമായ പൊതുവായ അപകടസാധ്യതകൾ ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു .

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള ആദ്യത്തെ കുറച്ച് ദിവസങ്ങളിലോ ആഴ്ചകളിലോ ഡെസെമെറ്റ് മെംബ്രണിന്റെ നേർത്ത പാളി എൻഡോതെലിയലുമായി സ്ഥാനഭ്രംശം സംഭവിക്കുന്നതും അതിന്റെ സ്ഥാനം ശരിയാക്കാൻ ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വരുന്നതും ഡിഎംഇകെയ്ക്ക് പ്രത്യേകമായുള്ള അപകടസാധ്യതകളിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു. ഡിഎംഇകെ ശസ്ത്രക്രിയ പരാജയപ്പെട്ടാൽ, ദാതാവിന്റെ എൻഡോതെലിയത്തിന്റെ മറ്റൊരു പാളി ഉപയോഗിച്ച് ശസ്ത്രക്രിയ ആവർത്തിക്കാം. പകരമായി, ഒരു പരമ്പരാഗത കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയയും നടത്താം. ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് കാരണമായേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ നയിച്ചേക്കാം.

നേത്രഗോളത്തിന് വരാവുന്ന മുറിവുകൾ, ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് കേടുപാടുകൾ, തുടങ്ങിക്കിടക്കുന്ന കണ്പോള, റെറ്റിനയിലെ രക്തചംക്രമണത്തിലെ തടസ്സം, ശ്വസന തടസം, ഹൈപ്പോടൈൻഷൻ എന്നിവയാണ് ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യ മൂലമുണ്ടാകുന്ന മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ.

ഡോക്ടർമാർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുപോലെ വർഷങ്ങളോളം നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന, ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും ഒന്നിലധികം പരിശോധനകൾ നടത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ഗ്രാഫ്റ്റ് വിജയകരമാകാൻ മരുന്നുകൾ ശരിയായി ഉപയോഗിക്കേണ്ടത് അത്യാവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ഗ്രാഫ്റ്റ് അണുബാധയുടെയോ പുറംതള്ളലിന്റെയോ ആദ്യ ലക്ഷണങ്ങളാകാം, കാരണം പെട്ടെന്ന് ചുവപ്പ്, ഫോട്ടോഫോബിയ, വേദന അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ചശക്തി കുറയൽ എന്നിവ ഉണ്ടായാൽ വിശദ പരിശോധനയ്ക്കായി ഞാൻ അടിയന്തിരമായി എത്തേണ്ടിവരുമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.

ഇവിടെ പട്ടികപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലാത്ത മറ്റ് അപ്രതീക്ഷിത അപകടസാധ്യതകളോ സങ്കീർണതകളോ ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. നിർദ്ദിഷ്ട ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ, അധിക നടപടിക്രമങ്ങൾ നടത്തേണ്ടതായി വരുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തിയേക്കാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അത്തരം നടപടിക്രമങ്ങൾ നടത്താൻ ഞാൻ അംഗീകാരം നൽകുന്നു. ഏതെങ്കിലും നടപടിക്രമത്തിന്റെയോ ചികിത്സയുടെയോ ഫലങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച് എനിക്ക് യാതൊരു ഉറപ്പുകളോ വാഗ്ദാനങ്ങളോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഈ സമ്മതപത്രം എനിക്ക് ലഭ്യമായ വിവിധ സാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് മനസ്സിലാക്കി തന്നു.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ എനിക്ക് ഒരു നേത്രരോഗം (Fuch's കോർണിയൽ ഡിസ്റ്റ്രോഫി, ക്ഷതങ്ങൾ, മുൻ നേത്രാന്തര ശസ്ത്രക്രിയ, മുൻ പരാജയപ്പെട്ട ഗ്രാഫ്റ്റ് പോലുള്ളവ) ഉണ്ടെന്ന് എന്നെ അറിയിച്ചു. അതിൽ നിർണായക എണ്ണം എൻഡോതെലിയൽ കോശങ്ങൾ (കോർണിയയുടെ ആന്തരിക പാളി) നഷ്ടപ്പെട്ടു, അതുമൂലം കോർണിയ വീർക്കുകയും വെളുത്തുപോകുകയും ചെയ്തു. ബാക്കിയുള്ള കോർണിയൽ പാളികളായ സ്ക്ട്രോമയും പൂറും എപ്പിത്തീലിയവും ആരോഗ്യകരമാണ്.

ഡെസ്സെമെറ്റ് മെംബ്രേൻ എൻഡോതെലിയൽ കെരാട്ടോപ്ലാസ്റ്റി (DMEK) എന്നറിയപ്പെടുന്ന ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തും, അതിൽ എൻഡോതെലിയൽ സെൽ പാളി അടങ്ങിയ ദാതാവായ ഡെസ്സെമെറ്റ് മെംബ്രേൻ എന്റെ നേത്രപടലത്തിന്റെ പിൻഭാഗത്ത് തിരുകും.

പൂർണ്ണ കട്ടിയുള്ള കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റേഷനെ അപേക്ഷിച്ച് DMEK യുടെ ഗുണങ്ങൾ, ഇത് വേഗത്തിൽ ചെയ്യാൻ കഴിയും, മുറിവ് ചെറുതാണ്, കൂടുതൽ സ്ഥിരതയുള്ളതാണ്, അബദ്ധത്തിൽ ഉണ്ടാകുന്ന ആഘാതത്തിൽ നിന്ന് പൊട്ടിപ്പോകാനുള്ള സാധ്യത കുറവാണ് എന്നതാണ്. ഈ സാങ്കേതികതയ്ക്ക് വളരെ കുറച്ച് തുന്നലുകൾ ഉപയോഗിച്ചോ/തുന്നലില്ലാതെയോ ചെയ്യാൻ സാധിക്കും എന്നതിനാൽ, ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസം വളരെ കുറവാണ്, ഇത് കാഴ്ച വീണ്ടെടുക്കലിനെ വേഗത്തിലാക്കും. കോർണിയയുടെ നേർത്ത ആന്തരിക പാളി മാത്രം മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുന്നതിനാൽ, രോഗിയുടെ സ്വന്തം കോർണിയയുടെ 90% ത്തിലധികവും പിന്നിൽ തുടരുന്നു, ഇത് കൂടുതൽ ഘടനാപരമായ സമഗ്രതയ്ക്കും നിരസിക്കൽ സാധ്യത കുറയ്ക്കുന്നതിനും കാരണമാകുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

7. ഫോട്ടോതെറാപ്പിക് കെരാറ്റൈറ്റിസ് (PTK)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എക്സൈമർ ലേസർ സർജറിക്ക് അനുമതി നൽകുമ്പോൾ, ഞാൻ ഇനിപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു:

1. മറ്റ് തരത്തിലുള്ള കോർണിയൽ ശസ്ത്രക്രിയകൾക്ക് പകരമായി എക്സൈമർ ലേസർ ഉപയോഗിച്ച് എന്റെ കോർണിയയുടെ ഉപരിതല പാളികൾ ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യുന്നതാണ് ഞാൻ തിരഞ്ഞെടുത്തത്.
2. എല്ലാ ശസ്ത്രക്രിയകളിലെയും പോലെ, ഫലങ്ങൾ ഉറപ്പ് നൽകാൻ കഴിയില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
3. ഈ പ്രക്രിയയിലൂടെ എന്റെ കാഴ്ചശക്തി കുറയുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. സങ്കീർണതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടാം: മുർച്ചയുള്ള കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ, കോർണിയയിലെ വടുക്കൾ വർദ്ധിക്കൽ, രാത്രിയിലെ തിളക്കം വർദ്ധിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ കോർണിയ അണുബാധ. ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര തുളളികൾ ഉപയോഗിക്കുമ്പോൾ നിലവിലുള്ള ഏതെങ്കിലും വൈറൽ അണുബാധകൾ വീണ്ടും പ്രത്യക്ഷപ്പെടാം. കോർണിയയിൽ വ്യാപകമായ വടുക്കളുണ്ടെങ്കിൽ, അണുബാധകൾ, തിമിരം അല്ലെങ്കിൽ അധിക ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകത ഉണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. ചികിത്സിച്ച കണ്ണിന്റെ ശരിയായ രോഗശാന്തി ഉറപ്പാക്കാൻ എന്നെ സൂക്ഷ്മമായി പരിശോധിക്കേണ്ടി വരുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
4. എക്സൈമർ ലേസർ ഉപയോഗിച്ചുള്ള ഫോട്ടോതെറാപ്പിക് കെരാറ്റൈറ്റിസ് (PTK) കണ്ണടകളുടെ ആവശ്യകത വർദ്ധിപ്പിക്കുമെന്നും മികച്ച കാഴ്ച ലഭിക്കാൻ കറക്റ്റീവ് ലെൻസുകൾ ഉപയോഗിക്കേണ്ടിവരുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
5. കൂടുതൽ വ്യക്തതയുള്ള കാഴ്ചയും കുറഞ്ഞ തിളക്കവും പ്രതീക്ഷിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും, ഈ നടപടിക്രമം പിന്തുടർന്ന് തിളക്കവും വ്യക്തതയും മോശമാകാൻ സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
6. കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയയാണ് എനിക്ക് തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ പറ്റിയ മാർഗം, ഗുരുതരമായ കോർണിയൽ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക്, എക്സൈമർ ലേസർ PTK കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റിന്റെ ആവശ്യകത ഇല്ലാതാക്കില്ല എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
7. ഈ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളും പറയാൻ കഴിയില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
8. PTK യുടെ എല്ലാ ഗുണഫലങ്ങളും നിലവിൽ അറിയില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
9. എല്ലാ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും അജ്ഞാതമാണെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
10. ഈ വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തൽ എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും

എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ഫോം ഞാൻ വായിച്ചു (അല്ലെങ്കിൽ ഇത് എനിക്ക് വായിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്) കൂടാതെ PTK സർജറിയുടെ സങ്കീർണതകൾ, അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാകും. PTK സർജറിയിൽ യാതൊരു ഉറപ്പുമില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

എന്നിരുന്നാലും എന്റെ ആർ/എൽ / രണ്ട് കണ്ണുകളിലും PTK ലേസർ ചികിത്സ നടത്താൻ ഞാൻ ഇപ്പോഴും തീരുമാനിച്ചു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അനാവശ്യമായ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് എന്റെ പൂർണ്ണ അധികാരം ഞാൻ നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതപത്രത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്ര, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും, ടെലിവിഷനിൽ സംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി അവയോടൊപ്പമുള്ള ചിത്രമോ വിവരണാത്മക വാചകമോ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി, നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/ തുടർന്നുള്ള സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡും ഫോട്ടോയും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

8. കൊളാജൻ ലൂകാസ് ലിങ്കിംഗ്

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:.....

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ എനിക്ക്/എന്റെ കുട്ടിക്ക് കോർണിയൽ എക്സാസിയ (കെരാറ്റോകോണസ്) | കോർണിയയുടെ മുൻഭാഗം ഉൾപ്പെടുന്ന മറ്റൊരു രോഗമാണെന്ന് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട് (.....). രോഗം ക്രമേണ വർദ്ധിക്കുകയും എന്റെ കോർണിയ കനം കുറയുന്നതിനും ദ്വാരങ്ങൾ ഉണ്ടാകുന്നതിനും കാരണമാകുമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു.

എനിക്ക് സിഎക്സ്എൽ പ്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമാകേണ്ടിവരുമെന്ന് വിശദീകരിച്ചു, അവിടെ എപ്പിത്തീലിയത്തിലെ (കണ്ണിന്റെ മുൻഭാഗത്തെ ഏറ്റവും വലിയ ആവരണം) ടോപ്പിക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ ചുരണ്ടും. തുടർന്ന് റൈബോഫ്ലേവിൻ 20 മിനിറ്റ് കണ്ണിൽ പുരട്ടും, തുടർന്ന് 6 മിനിറ്റ് കണ്ണ് യുവി എ വികിരണങ്ങൾക്ക് വിധേയമാക്കും. നടപടിക്രമത്തിന്റെ അവസാനം ബാൻഡേജ് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ഇടും.

ഈ പ്രക്രിയ രോഗത്തെ പഴയപടിയാക്കുകയോ സുഖപ്പെടുത്തുകയോ ചെയ്തില്ലെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ഈ പ്രക്രിയ നിലവിലുള്ള അവസ്ഥയെ സ്ഥിരപ്പെടുത്തുക മാത്രമേ ചെയ്യൂ, അതുവഴി അതിന്റെ പുരോഗതി തടയാൻ സഹായിക്കും. അതിനാൽ, മൂന്ന് മാസത്തിലൊരിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം ഞാൻ ഫോളോ-അപ്പ് ചെയ്യേണ്ടിവരും. കൂടാതെ, നടപടിക്രമം ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും , രോഗം പുരോഗമിക്കാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്, അതിന് ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

അണുബാധ, സ്ഥിരമായ എപ്പിത്തീലിയൽ വൈകല്യം, കോർണിയയിലെ അതാദ്യത, കാഴ്ച മങ്ങൽ എന്നിവയാണ് ഈ പ്രക്രിയയിലെ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ/എന്റെ കുട്ടിയുടെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിൽ കോർണിയൽ ലൂകാസ് ലിങ്കിംഗ് നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

9. ഇന്റാക്സ്

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

Intacs നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവം

മയോപിയ, ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസം എന്നിവയുള്ള രോഗികളിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് FDA അംഗീകരിച്ച ലേസർ അല്ലാത്ത ഒരു നടപടിക്രമമാണ് ഇന്റാക്സ്®. ഒരു നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ ഒരു ചെറിയ മുറിവിലൂടെ കോർണിയയുടെ അഭ്യൂതമായ ചുറ്റളവിലേക്ക് തിരുകുന്ന ഒരു അർദ്ധവൃത്താകൃതിയിലുള്ള ഇൻട്രാസ്റ്റ്രോമൽ കോർണിയൽ റിംഗ് സെഗ്മെന്റുകളാണ് ഇന്റാക്സ്. പ്രകാശം നന്നായി കേന്ദ്രീകരിക്കുന്നതിനായി ടിഷ്യൂ നീക്കം ചെയ്യാതെ ഈ സെഗ്മെന്റുകൾ മധ്യ കോർണിയയെ പരത്തുന്നു. തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം മനുഷ്യന്റെ കണ്ണുകളിൽ ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്ത അതേ മെറ്റീരിയൽ ഉപയോഗിച്ചാണ് സെഗ്മെന്റുകൾ നിർമ്മിച്ചിരിക്കുന്നത്, ഇതിനെ PMMA (പോളിമെഥൈൽമെത്തക്രിലേറ്റ്) എന്ന് വിളിക്കുന്നു. ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യ, പെരി-ബൾബാർ ബ്ലോക്ക് അല്ലെങ്കിൽ ടോപ്പിക്കൽ (ഐ ഡ്രോപ്പ്സ്) അനസ്തേഷ്യ എന്നിവയിലാണ് ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നത്. നടപടിക്രമത്തിനിടയിൽ, ടോപ്പിക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്തുകയാണെങ്കിൽ, രോഗി തന്റെ നോട്ടം ഓപ്പറേറ്റിംഗ് മൈക്രോസ്കോപ്പിന്റെ തിളക്കമുള്ള വെളിച്ചത്തിലോ ഓപ്പറേറ്റിംഗ് ഒഫ്താൽമോളജിസ്റ്റിന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരമോ ഉറപ്പിക്കണം.

പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന നേട്ടങ്ങൾ: കൂടുതൽ സ്വാഭാവിക കോർണിയൽ ആകൃതി നിലനിർത്തൽ.

ഇതര ചികിത്സകൾ: കണ്ണടകളുടെയും/അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളുടെയും തുടർച്ചയായ ഉപയോഗം നല്ല കാഴ്ച നൽകുമെന്നും ഗ്ലാസുകളുടെയും/അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളുടെയും ആശ്രിതത്വം കുറയ്ക്കുന്നതിനുള്ള ഒരു ബദലാണ് ഇന്റാക്സ്® എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങൾ, അപകടസാധ്യതകൾ, സങ്കീർണതകൾ

1. ഓവർ/അണ്ടർ - കറക്ഷൻ: ഈ ശസ്ത്രക്രിയയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്ന കണക്കുകൂട്ടലുകൾ ധാരാളം രോഗികളിൽ മുൻകാല അനുഭവത്തെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതാണെന്നും ഇവ ശരാശരി മൂല്യങ്ങളാണ് ഉപയോഗിക്കുന്നതെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഇന്റാക്സ്® കണ്ണിന്റെ സാധാരണ റിഫ്രാക്റ്റീവ് അവസ്ഥയിലേക്ക് പൂർണ്ണമായ തിരുത്തലോ പൂർണ്ണമായ റിവേഴ്സലോ നൽകുന്നില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. പകരം, മയോപിയയും ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസവും കുറയ്ക്കുകയും / അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾക്ക് മികച്ച ഫിറ്റ് ലഭിക്കുന്നതിന് കോർണിയയുടെ ആകൃതി മാറ്റുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ് ലക്ഷ്യം. അതിനാൽ, നടപടിക്രമത്തോടുള്ള പ്രതികരണത്തിലെ വ്യക്തിഗത വ്യതിയാനങ്ങളെ ആശ്രയിച്ച്, ചില അണ്ടർ-കറക്ഷൻ അല്ലെങ്കിൽ ഓവർ-കറക്ഷൻ ഉണ്ടാകാം.
2. വിഷുൽ അക്വിറ്റിയിലെ ഏറ്റക്കുറച്ചിലുകൾ: നടപടിക്രമത്തെത്തുടർന്ന് എനിക്ക് കാഴ്ച മങ്ങുകയോ കാഴ്ചയിൽ ഏറ്റക്കുറച്ചിലുകൾ ഉണ്ടാകുകയോ ചെയ്തേക്കാം, ഇത് കോർണിയൽ സ്റ്റ്രോമയിലെ ഇന്റാക്സ്® ന് പ്രതികരണമായി കോർണിയൽ ടിഷ്യൂവിലെ മോഡുലേഷൻ മൂലമാണ് .
3. പ്രകാശ സംവേദനക്ഷമത : രാത്രിയിൽ പ്രകാശ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നുള്ള തിളക്കമോ ഹാലോസോ എനിക്ക് അനുഭവപ്പെടാം. കാലക്രമേണ ഇവ അപ്രത്യക്ഷമാകും, പക്ഷേ പ്രത്യേകിച്ച് രാത്രിയിൽ, തിളക്കം വളരെക്കാലം നിലനിൽക്കും.

4. പ്രേരിതമായ ആസ്തിശാസ്ത്രം: ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കുറച്ച് ദിവസത്തേക്ക് എനിക്ക് താൽക്കാലികമായി മങ്ങൽ അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച വികലത അനുഭവപ്പെടാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. രോഗശാന്തി പ്രക്രിയയിൽ ഇത്തരത്തിലുള്ള കാഴ്ച വൈകല്യം സാധാരണമാണ്, മിക്ക കേസുകളിലും ഇത് കാലക്രമേണ കുറയുന്നു. എന്നിരുന്നാലും, അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ, ഇത് സ്ഥിരമായിരിക്കാം.
5. പ്രസ്ബയോപ്പിയയും മറ്റ് നേത്രരോഗങ്ങളും: ഗ്ലോക്കോമ, തിമിരം, റെറ്റിനൽ ഡീജനറേഷൻ, അല്ലെങ്കിൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് തുടങ്ങിയ സ്വാഭാവികമായി ഉണ്ടാകുന്ന നേത്രപ്രശ്നങ്ങളുടെ വികസനം ഇന്റാക്സ്® തടയില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. കൂടാതെ, 40 വയസ്സുള്ളപ്പോൾ അടുത്ത് വായിക്കാൻ ഗ്ലാസുകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന പ്രെസ്ബയോപ്പിയ (വെള്ളെഴുത്ത്) എന്നറിയപ്പെടുന്ന അവസ്ഥയെ ഇന്റാക്സ്® ശരിയാക്കുന്നില്ല.
6. മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ: കണ്ണിലെ മറ്റേതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയെയും പോലെ, Intacs® ഇടുന്നത് കോർണിയൽ ടിഷ്യൂവിന് ആഘാതം ഉണ്ടാക്കുകയും കോർണിയൽ എഡീമ , സുഷിരം, അണുബാധ എന്നിവയിലേക്ക് നയിക്കുകയും ചെയ്യും, ഇത് ഗുരുതരമാണെങ്കിൽ കണ്ണിന്റെ നഷ്ടത്തിനോ അല്ലെങ്കിൽ അപൂർവ്വമായി തിമിരത്തിനോ കാരണമാകും. ആഴം കുറഞ്ഞ സ്ഥാനം കാരണം സ്ലോമൽ കനം കുറയുന്നത് സംഭവിക്കാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, ഇതിന് Intacs® നീക്കം ചെയ്യേണ്ടി വരും. കൂടാതെ, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ സങ്കീർണതകളോ പ്രശ്നങ്ങളോ ഉണ്ടായാൽ, സർജന് Intacs® ഇടാൻ കഴിഞ്ഞെക്കില്ലെന്നും ശസ്ത്രക്രിയ റദ്ദാക്കേണ്ടിവരുമെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട് .

ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയുമായും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് അപകടസാധ്യതകളും ഉണ്ട്. ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഫലമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും പ്രസ്താവിക്കുക അസാധ്യമായതിനാൽ, ഈ വിവരമുള്ള സമ്മതപത്രത്തിൽ പട്ടികപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന സാധ്യമായ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും അപൂർണ്ണമായിരിക്കാം. ഈ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അജ്ഞാതമായ അപകടസാധ്യതകളോ സങ്കീർണതകളോ ഉണ്ടാകാം, കാരണം ഇത് താരതമ്യേന പുതിയ ഒരു നടപടിക്രമമാണ്.

വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/തുടർന്നുള്ള സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡും ഫോട്ടോയും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

of Intacs® ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടുമ്പോൾ, ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഞാൻ വായിച്ചു (അല്ലെങ്കിൽ എനിക്ക് വായിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്) എന്നും ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും ഉദ്ദേശ്യവും സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങൾ, അപകടസാധ്യതകൾ, സങ്കീർണതകൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലായെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർക്ക് എന്നെ അറിയിക്കാൻ കഴിയില്ലെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം ഡോക്ടർ നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

10. പ്റ്റെറിജിയം/ ടെറിജിയം ശസ്ത്രക്രിയ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിലെ കോർണിയയിൽ കൺജക്റ്റിവയുടെ ഒരു പാളി വളർന്നുവരുന്നു, അത് ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യേണ്ടതുണ്ടെന്നും എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് വിശദീകരിച്ചിരിക്കുന്നത്. ഇനിപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു:

- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷവും കോർണിയയിലെ അതാര്യത നിലനിൽക്കും.
- ടെറിജിയം വീണ്ടും ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയും ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകതയും
-നിലനിൽക്കുന്ന ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസം കണക്കിലെടുത്ത് കാഴ്ചയുടെ സ്ഥിതി പ്രവചനാതീതമായി തുടരുന്ന, അതിനാൽ മുറിവ് നീക്കം ചെയ്തതിനുശേഷം കാഴ്ച മെച്ചപ്പെട്ടേക്കില്ലെന്നും / വന്നേക്കാം.
- ഓട്ടോ-കൺജക്റ്റിവ! ഗ്രാഫ്റ്റ് നീക്കം ചെയ്തതിനുശേഷം പ്ലാൻ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, വളർച്ച ആവർത്തിക്കാതിരിക്കാൻ അതേ കണ്ണിൽ നിന്നോ മറ്റേ കണ്ണിൽ നിന്നോ ഒരു കഷണം കൺജക്റ്റിവ എടുക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം.
- ആവർത്തിച്ചുള്ള സാധ്യത കുറയ്ക്കുന്നതിന് നീക്കം ചെയ്തതിനുശേഷംമൈറ്റോമൈസിൻ സി പ്രയോഗിച്ചാൽ, സ്ക്ലേറ നേർത്തതാകാനുള്ള സാധ്യത വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കുറച്ച് ദിവസത്തേക്ക് ചുവപ്പ്, വീക്കം, നീർവീക്കം എന്നിവ നിലനിൽക്കും.
- ഓട്ടോ ഗ്രാഫ്റ്റിന്റെ കാര്യത്തിൽ, തുന്നലുകൾ ഇടും, അത് വീക്കത്തിന് കാരണമായേക്കാം. ഗ്രാഫ്റ്റിന്റെ അണുബാധയ്ക്കുള്ള സാധ്യത വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷം കോർണിയയിലെ അതാര്യത നീക്കം ചെയ്യുന്നതിന് അധിക ലേസർ നടപടിക്രമം ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
- ലോക്കൽ ഇൻഫിൽട്രേഷൻ/അനസ്തെറ്റിക് ഡ്രോപ്പുകൾ ഉപയോഗിച്ചായിരിക്കും ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുക.

ഇതെല്ലാം അറിഞ്ഞതിനുശേഷം, എന്റെ കണ്ണിലെ കൺജക്റ്റിവ! മടക്ക് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനായി ടെറിജിയം നീക്കുന്ന ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ ഞാൻ എന്റെ സ്വതന്ത്രവും സ്വമേധയാ ഉള്ളതുമായ സമ്മതം നൽകുന്നു. ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന

ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....
വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....
വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

11. കോർണിയൽ സ്ക്രാപ്പിംഗ്

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക് ഒരു നേത്ര അണുബാധ, അതായത് എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിലെ കൃഷ്ണമണിയിൽ വൃണം ഉണ്ടെന്ന് എന്റെ സ്വന്തം ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. അതിനായി കോർണിയൽ സ്ക്രാപ്പിംഗ് എന്ന രൂപത്തിൽ ഒരു രോഗനിർണയ പ്രക്രിയയ്ക്ക് ഞാൻ വിധേയനാകേണ്ടതുണ്ട്. ഇനിപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു:

- ടോപ്പിക്കൽ അനസ്തേഷ്യയ്ക്ക് ശേഷം, ഒരു സൂചിയുടെ സഹായത്തോടെ വ്രണമുള്ള ഭാഗത്ത് നിന്ന് വസ്തുക്കൾ എടുത്ത് പരിശോധനയ്ക്കായി അയയ്ക്കും.
- അണുബാധയ്ക്ക് കാരണമായ ജീവികളെ വേർതിരിച്ച് ഉചിതമായ ചികിത്സ ആരംഭിക്കുന്നതിനുള്ള നടപടിക്രമങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- ഇതൊരു ചികിത്സാ നടപടിക്രമമല്ല, കൂടാതെ രോഗലക്ഷണങ്ങളിൽ പുരോഗതിയോ/ മുറിവിന്റെ രോഗശാന്തിയോ അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച വീണ്ടെടുക്കലോ ഉണ്ടാകില്ല.
- ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന നടപടിക്രമത്തിനിടയിൽ കോർണിയയിൽ സൂഷിരം ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്.
- ഈ നടപടിക്രമം അണുബാധയ്ക്ക് കാരണമായ ജീവിയെ മനസ്സിലാക്കാൻ സാധിക്കാതെ വന്നാൽ, അതനുസരിച്ച് ആവർത്തിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം.

ഇതെല്ലാം അറിഞ്ഞതിനുശേഷം, എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിൽ നിന്ന് കോർണിയൽ സ്ക്രാപ്പിംഗ് നടത്താൻ ഞാൻ സ്വതന്ത്രമായും സ്വമേധയാ ഉള്ള സമ്മതം നൽകുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ഭാഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തേണ്ട നടപടിക്രമം നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും, മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

12. കോർണിയൽ സുഷിരത്തിനുള്ള ഫൈബ്രിൻ/സയനോഅക്രിലേറ്റ് പശ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

കോർണിയൽ സുഷിരം) കണക്കിലെടുത്ത്, സയനോഅക്രിലേറ്റ് / ഫൈബ്രിൻ പശ പ്രയോഗിക്കുന്നതിലൂടെ തകരാർ അടയ്ക്കാൻ ശ്രമിക്കുമെന്ന് എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വ്യക്തമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

എന്റെ കോർണിയയിലെ ടിഷ്യൂ വൈകല്യത്തിന് 2 മില്ലിമീറ്ററിൽ താഴെ വ്യാസമുള്ളതിനാൽ ഈ പ്രക്രിയ സാധ്യമാക്കുമെന്ന് എനിക്ക് വിവരം ലഭിച്ചു.

പശ വീണ്ടും പ്രയോഗിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാവുന്നതോ കോർണിയൽ പാച്ച് ഗ്രാഫ്റ്റിംഗ് പോലുള്ള ഇതര ചികിത്സാ രീതികൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്നതോ ആയ നടപടിക്രമത്തിലെ പരാജയ സാധ്യതയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഗ്ലൂ കണ്ണിൽ വ്യത്യസ്ത തീവ്രതയിലുള്ള വീക്കം ഉണ്ടാക്കുമെന്ന വസ്തുത എനിക്കറിയാം. എന്നിരുന്നാലും, എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിൽ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു, എന്റെ ഡോക്ടർ എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്ത സാധ്യതയുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ സ്വീകരിക്കാൻ ഞാൻ തയ്യാറാണ്.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....
.....
തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

13. സിംപ്ലിഫൈറോൺ വിടുവിക്കൽ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

കൺജക്റ്റീവയെയും കോർണിയയെയും ബാധിക്കുന്ന ഒരു രോഗം കാരണം എനിക്ക്/എന്റെ കുട്ടിക്ക് കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിലും കണ്പോളകളിലും (സിംബിൾഫറോൺ) ഒട്ടിപ്പിടിക്കുന്നതായി എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ എനിക്ക് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്, ഇത് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുമെന്ന്. തുണലുകളുടെ സഹായത്തോടെ കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിൽ ഒരു അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ ഗ്രാഫ്റ്റ് (മനുഷ്യ പ്ലാസ്മസ് ടിഷ്യു) അല്ലെങ്കിൽ മ്യൂക്കസ് മെംബ്രൺ ഗ്രാഫ്റ്റ് ഒട്ടിക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ബാൻഡേജ് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് വെക്കും.

മുറിവിന്റെ സ്ഥിരമായ സ്വഭാവത്തെക്കുറിച്ചും നേത്ര ഉപരിതലം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് അത് തുറന്നുവെക്കേണ്ടതുണ്ടെന്നും എന്നോട് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ നടപടിക്രമം പ്രാഥമികമായി കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തില്ല. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ കണ്ണിൽ ആകസ്മികമായി സുഷിരം ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത, അണുബാധ അല്ലെങ്കിൽ പൂർണ്ണമായ വിടുവിക്കൽ സത്യമാകാതെ വരുക, കൺജക്റ്റീവ പിന്നെയും ഒട്ടിപ്പിടിക്കുക എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എന്നോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, അത് കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ നയിച്ചേക്കില്ല. ഡോക്ടർമാർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുപോലെ വർഷങ്ങളോളം നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന ഫോളോ-അപ്പ് ആവശ്യമാണെന്ന് എന്നോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും ഒന്നിലധികം പരിശോധനകൾ നടത്തണം. ചികിത്സയുടെ വിജയത്തിന് മരുന്നുകളുടെ ശരിയായ ഉപയോഗം ആവശ്യമാണെന്ന് എന്നോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ ശ്രമങ്ങളും നടത്തിയിട്ടും, കാഴ്ചശക്തിയിലോ കണ്ണിന്റെ ഭംഗിയിലോ ഒരു പുരോഗതിയില്ലാതിരിക്കുകയോ / വഷളാകാനോ സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുകയും എന്റെ / എന്റെ കുട്ടിയുടെ വലത് / ഇടത് കണ്ണിൽ AMT ഉപയോഗിച്ചോ അല്ലാതെയോ സിംപ്ലിഫൈറോൺ വിടുവിക്കൽ നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ

അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു
 ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

14. അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറേഷൻ (AMT)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:.....

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക്/എന്റെ കുട്ടിക്ക് നേത്ര പ്രതലത്തിൽ ഒരു രോഗം ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട് (വ്യക്തമാക്കുക) കൂടാതെ ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുകയും അതിൽ മറുപിള്ളയുടെ ആവരണം) നേത്ര പ്രതലത്തെ മൂടുകയും ചെയ്യും. 10-0 മോണോഫിലമെന്റ് നൈലോൺ നൂലുപയോഗിച്ച് സർക്കംഫറൻഷ്യൽ ഇൻറർപ്റ്റഡ് സ്യൂച്ചറുകൾ ഉപയോഗിച്ച് അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ തുന്നിച്ചേർക്കുകയും മെംബ്രണിന്റെ പെരിഫറൽ എഡ്ജ് 8-0 പോളിഗ്ലാക്റ്റിൻ ഇൻറർപ്റ്റഡ് സ്യൂച്ചറുകൾ ഉപയോഗിച്ച് കൺജക്റ്റിവയിലേക്ക് തുന്നിച്ചേർക്കുകയും ചെയ്യും. അധിക മെംബ്രൺ മുറിച്ചു മാറ്റുകയും ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഒരു ബാൻഡേജ് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ഇടുകയും ചെയ്യും.

അതാര്യതയുടെ/മുറിവിന്റെ സ്ഥിരമായ സ്വഭാവത്തെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ആതിഥേയ കണ്ണിന്റെ സുഷിരം ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയും, ഇത് പൂർണ്ണ കട്ടിയുള്ള കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറിന്റെ ആവശ്യകതയും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. അണുബാധ, തുന്നൽ അയവ്, മാറ്റിസ്ഥാപിക്കൽ, ഇൻറർഫേസിലെ രക്തക്കുഴലുകൾ വർദ്ധിക്കൽ, രക്തസ്രാവത്തിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം, മികച്ച രീതിയിൽ ശരിയാക്കിയ ശേഷവും കാഴ്ചശക്തിയും വേദനയും മെച്ചപ്പെടാതിരിക്കുകയോ വഷളാകുകയോ ചെയ്യാം, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷമോ മരുന്നുകൾ മൂലമോ ഗ്ലോക്കോമ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലാണ്. മെംബ്രൺ അകാലത്തിൽ അടർന്നുപോകാം, ഇത് ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയയിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം, ഇത് കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ നയിച്ചേക്കില്ല. ഡോക്ടർമാർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുപോലെ വർഷങ്ങളോളം നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന ഫോളോ-അപ്പ് ആവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്, ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും ഒന്നിലധികം പരിശോധനകൾ നടത്തണം. ശസ്ത്രക്രിയ വിജയകരമാകാൻ മരുന്നുകളുടെ ശരിയായ ഉപയോഗം ആവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ബാൻഡേജ് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് വീഴാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്, അത് മാറ്റിസ്ഥാപിക്കൽ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. പെട്ടെന്ന് ചുവപ്പ്, ഫോട്ടോഫോബിയ, വേദന അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ചശക്തി കുറയൽ എന്നിവ ഉണ്ടായാൽ നേത്രരോഗത്തിന് ഞാൻ അടിയന്തിരമായി ഫോളോ-അപ്പിനായി വരണമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്, കാരണം ഇവ അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ അണുബാധയുടെ ആദ്യലക്ഷണങ്ങളായിരിക്കാം. എത്രശ്രമിച്ചാലും, കാഴ്ചശക്തി വഷളാകാനോ കണ്ണിന്റെ ഭംഗിമോശമാകാനോ സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ വലത് / ഇടത് കണ്ണിൽ അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറേഷൻ നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു

തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

15. ലിംബൽ സ്റ്റേം സെൽ ട്രാൻസ്പ്ലാൻറേഷൻ (LSCT)

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക്/എന്റെ കുട്ടിക്ക് കോർണിയയുടെ കൺജക്റ്റിവലൈസേഷൻ ഉണ്ടാക്കുന്ന ഒരു നേത്ര ഉപരിതല രോഗമുണ്ടെന്നും (വ്യക്തമാക്കുക.....) നേത്ര ഉപരിതലം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുകയും കോർണിയയുടെ ഉപരിതല ഭാഗം നീക്കം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുമെന്നും എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ദാതാവിന്റെ മരണശേഷം എടുക്കുന്ന കോർണിയയുടെ ഒരു ഭാഗം (ലിംബൽ ടിഷ്യു) / എതിർ സാധാരണ കണ്ണിൽ നിന്ന് / ജീവിച്ചിരിക്കുന്ന ബന്ധുവായ ദാതാവിൽ നിന്ന് നേരിട്ടോ ടിഷ്യു കൾച്ചർ മീഡിയയിൽ വികസിപ്പിച്ചതിനുശേഷമോ എടുക്കുന്ന ടിഷ്യു തുന്നലുകളുടെ സഹായത്തോടെ മാറ്റിസ്ഥാപിക്കും.

രോഗത്തിന്റെ സ്ഥിരമായ സ്വഭാവത്തെക്കുറിച്ചും ഈ ചികിത്സ നേത്ര ഉപരിതലം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനാണ് ഉദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ളതെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ആതിഥേയ കണ്ണിന്റെ സുഷിരം ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയും, ഇത് പൂർണ്ണ കട്ടിയുള്ള കോർണിയൽ ട്രാൻസ്പ്ലാൻറിലേക്ക് നയിക്കുന്നുവെന്നും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. അണുബാധ, ഗ്രാഫ്റ്റ് നിരസിക്കൽ, തുന്നൽ അയവ്, മാറ്റിസ്ഥാപിക്കൽ, രക്തക്കുഴലുകൾ വർദ്ധിക്കുന്നത്, രക്തസ്രാവത്തിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം, മികച്ച രീതിയിൽ ശരിയാക്കിയ കാഴ്ചശക്തിയിൽ പുരോഗതിയില്ല അല്ലെങ്കിൽ വഷളാകാനുള്ള സാധ്യത എന്നിവയുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം അതാര്യത വർദ്ധിച്ചേക്കാം. ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, ഇത് കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ നയിച്ചേക്കില്ല. ഡോക്ടർമാർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുപോലെ വർഷങ്ങളോളം നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന, ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും ഒന്നിലധികം പരിശോധനകൾ നടത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഗ്രാഫ്റ്റ് വിജയകരമാകാൻ മരുന്നുകൾ ശരിയായി ഉപയോഗിക്കേണ്ടതുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. നേത്രരോഗത്തിന് പെട്ടെന്ന് ചുവപ്പ്, ഫോട്ടോഫോബിയ, കാരികരുപ്പ്, വേദന അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ചശക്തി കുറയൽ എന്നിവ ഉണ്ടായാൽ ഞാൻ അടിയന്തിരമായി ഫോളോ-അപ്പിനായി വരേണ്ടിവരുമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, കാരണം ഇവ അണുബാധയുടെയോ നിരസിക്കലിന്റെയോ പ്രാരംഭ ലക്ഷണങ്ങളായിരിക്കാം. എത്ര ശ്രമിച്ചാലും, കാഴ്ചശക്തി വഷളാകാനോ കണ്ണിന്റെ ഭംഗി മോശമാകാനോ സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ വലത് / ഇടത് കണ്ണിൽ ലിംബൽ സ്റ്റേം സെൽ ട്രാൻസ്പ്ലാൻറേഷൻ നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യമായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു
 ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
 പേര്:
 വിലാസം:

 ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
 പേര്:
 രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:
 വിലാസം:

 ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:
 പേര്:
 വിലാസം:
 ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:
 പേര്:
 വിലാസം:
 ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

16. ഓസ്റ്റിയോ - ഓഡോന്റോ കെരാറ്റോപ്രോസ്ഥെസിസ് (OOKP)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

കെരാറ്റോപ്രോസ്തസിസ് ആവശ്യമാണെന്ന് എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. എന്റെ അന്ധത ബാധിച്ച കണ്ണിന്റെയോ കണ്ണുകളുടെയോ ചികിത്സയ്ക്കായി വിഷയം എയ്ഡിന്റെ പിന്തുണയും ദീർഘകാല സ്ഥിരതയും വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന്, കോമ്പല്ല് കൊണ്ട് നിർമ്മിച്ച ഒരു ജൈവ പ്രെയിമിൽ കൃത്രിമ കോർണിയ ഉൾച്ചേർത്ത്, എന്റെ ഇപ്പോഴത്തെ അവസ്ഥയിൽ കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കുന്നതിനുള്ള അവസാന സാധ്യതയാണിത്, കൂടാതെ കെരാറ്റോപ്ലാസ്റ്റി പോലുള്ള മറ്റ് ശസ്ത്രക്രിയകളും വിജയിക്കില്ല, കാരണം എനിക്ക് കടുത്ത വരണ്ട കണ്ണുകളും ഉണ്ട്.

കെരാറ്റോപ്രോസ്തസിസ് എന്റെ അതാദ്യമായ വെളുത്ത കോർണിയയെ മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുമെന്നും ഒരു ദുരദർശിനി പോലെ പ്രവർത്തിക്കുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു , അങ്ങനെ പ്രകാശരശ്മികൾ കണ്ണിൽ കടന്ന് റെറ്റിനയിൽ (കണ്ണിന്റെ കാഴ്ചാ സംവിധാനമായ കണ്ണിന്റെ പിൻഭാഗം) എത്തുകയും എനിക്ക് കാണാൻ കഴിയുകയും ചെയ്യും.

ഓസ്റ്റിയോ - ഓഡോണ്ടോ - കെരാറ്റോപ്രോസ്തസിസിന് (OOKP) എന്റെ ആരോഗ്യമുള്ള കോമ്പല്ലിൽ/ പല്ലുകളിൽ ഒന്ന് ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കായി എടുക്കുമെന്നും കവിളിന്റെ ഉൾവശത്തെ ഒരു പാളി കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലം മൂടാൻ എടുക്കുമെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയ രണ്ട് ഘട്ടങ്ങളിലായാണ് നടത്തുന്നത്, രണ്ട് മാസത്തെ ഇടവേളയിൽ, അതിനാൽ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആദ്യ ഘട്ടത്തിന് ശേഷം കാഴ്ച ലഭിക്കാൻ വളരെ സമയമെടുത്തേക്കാം.

ഈ പ്രക്രിയയുടെ സാധ്യതയുള്ള ഗുണങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ചിലപ്പോൾ കാഴ്ചശക്തി വർദ്ധിക്കാനുള്ള സാധ്യതയില്ലെന്നും. OOKP ലാമിനയുടെ പുറംതളുത്ത് അല്ലെങ്കിൽ നെക്രോസിസ്, കണ്ണിലെ അണുബാധ, കണ്ണിലെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കൽ തുടങ്ങിയ സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാം. OOKP സിലിണ്ടറിന് മുകളിൽ ടിഷ്യൂ വളരുകയോ സിലിണ്ടറിന് പിന്നിൽ ഒരു മെംബ്രൺ രൂപപ്പെടുകയോ ചെയ്താൽ കൂടുതൽ ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, ഇവ രണ്ടും നീക്കം ചെയ്യേണ്ടിവരും.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുകയും എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിൽ OOKP ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ഭക്ഷമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ

ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

17. ബോസ്റ്റൺ കെരാറ്റോപ്രോസ്തസിസ്

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക് പ്രത്യേകം രൂപകൽപ്പന ചെയ്ത കെരാറ്റോപ്രോസ്തസിസ് ആവശ്യമാണെന്ന് എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. എന്റെ അന്ധത ബാധിച്ച കണ്ണിനെ ചികിത്സിക്കുന്നതിനായി വിഷയത്ത് എയ്ഡിന്റെ പിന്തുണയും ദീർഘകാല സ്ഥിരതയും വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് PMMA കൊണ്ട് നിർമ്മിച്ച ഒരു ബയോകോംപാറ്റിബിൾ പ്രെയിമിൽ കൃത്രിമ കോർണിയ ഉൾച്ചേർത്ത്, എന്റെ ഇപ്പോഴത്തെ അവസ്ഥയിൽ കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കുന്നതിനുള്ള അവസാന സാത്യതയാണിത്, കെരാറ്റോപ്ലാസ്റ്റി പോലുള്ള മറ്റ് ശസ്ത്രക്രിയകൾ വിജയിക്കില്ല.

കെരാറ്റോപ്രോസ്തസിസ് എന്റെ അതാദ്യമായ വെളുത്ത കോർണിയയെ മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുമെന്നും ഒരു ദുരദർശിനി പോലെ പ്രവർത്തിക്കുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അങ്ങനെ പ്രകാശരശ്മികൾ കണ്ണിൽ കടന്ന് റെറ്റിനയിൽ (കണ്ണിന്റെ കാഴ്ചാ സംവിധാനമായ കണ്ണിന്റെ പിൻഭാഗം) എത്തുകയും എനിക്ക് കാണാൻ കഴിയുകയും ചെയ്യും.

ഈ പ്രക്രിയയുടെ ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും എന്തൊക്കെയാണെന്നും ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കാഴ്ചശക്തി മെച്ചപ്പെടാതിരിക്കുവാനും സാധ്യതയുണ്ടെന്നും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. കണ്ണിൽ അണുബാധ, കോർണിയ ഉരുകൽ, കണ്ണിലെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കൽ തുടങ്ങിയ സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാം. സിലിണ്ടറിന് പിന്നിൽ ഒരു മെംബ്രൺ രൂപപ്പെട്ടാൽ കൂടുതൽ ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, അത് നീക്കം ചെയ്യേണ്ടിവരും. അണുബാധയുണ്ടായാൽ, ഇംപ്ലാന്റ് നീക്കം ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം.

നിർദ്ദേശനുസരണം പതിവായി ഫോളോ-അപ്പുകൾക്കായി ഞാൻ വരേണ്ടിവരുമെന്നും, ഡോക്ടർ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതുവരെ വളരെക്കാലം മരുന്നുകൾ തുടരേണ്ടിവരുമെന്നും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുകയും എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിൽ ബോസ്റ്റൺ കെരാറ്റോപ്രോസ്തൈറ്റിസ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ്

ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു
 ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

18. എക്സിഷൻ ബയോപ്സി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിൽ.....ഉണ്ടെന്ന് കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചത്. എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിൽ.....ചെയ്യണമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു.

രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവം സ്ഥിരീകരിക്കുന്നതിനായി രോഗബാധിതമായ ടിഷ്യൂ ഭാഗികമായി / പൂർണ്ണമായി നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിലെ അവശിഷ്ട വൈകല്യത്തിന് സൂചകങ്ങൾ / കൺജക്റ്റീവ! ഓട്ടോഗ്രാഫ്റ്റ് / അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൻ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറേഷൻ എന്നിവ ഉപയോഗിച്ച് പ്രാഥമിക ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. പത്തോളജിസ്റ്റിന്റെ അന്തിമ രോഗനിർണ്ണയം വരെ ഉചിതമായ ചികിത്സ താൽക്കാലികം മാത്രമാണ്. ബയോപ്സി ഒരു ചെറിയ ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമമാണെങ്കിലും, അതിൽ ഇപ്പോഴും ശസ്ത്രക്രിയാ അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ടെന്ന് ഓർമ്മിക്കേണ്ടത് പ്രധാനമാണ്, എന്നാൽ ഇവയിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുന്നില്ല:

1. ബയോപ്സി ചെയ്ത സ്ഥലത്തിന്റെ ഭാഗത്ത് വേദന
2. ആൻറിബയോട്ടിക്സുകൾ ആവശ്യമായി വരുന്ന അണുബാധയ്ക്കുള്ള സാധ്യത
3. ശസ്ത്രക്രിയാ മേഖലയിൽ വടുക്കൾ ഉണ്ടാകൽ
4. ടിഷ്യൂകളുടെ പിഗ്മെന്റേഷനിലോ നിറത്തിലോ വരുന്ന മാറ്റങ്ങൾ
5. പാത്തോളജി റിപ്പോർട്ടിനെ ആശ്രയിച്ച് അധിക ബയോപ്സിയുടെ ആവശ്യകത.

നിർദ്ദിഷ്ട ശസ്ത്രക്രിയാ ബയോപ്സിയുടെ കാരണം എനിക്ക് മനസ്സിലായി. നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും ഉദ്ദേശ്യവും, അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ, എന്റെ അവസ്ഥയ്ക്കുള്ള സാധ്യമായ ഇതര ചികിത്സാ രീതികൾ എന്നിവ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു. എനിക്കും അത് മനസ്സിലായി.

ഈ ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടപ്പിലാക്കുന്നതെന്നും ലഭിച്ചേക്കാവുന്ന ഫലത്തെക്കുറിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്ത ഏതെങ്കിലും ടിഷ്യൂകളോ ഭാഗങ്ങളോ സ്ഥാപനത്തിന് പതിവ് രീതി അനുസരിച്ച് നീക്കം ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ഭോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ

പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജൻ അധികാരം നൽകുന്നു
..... (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

19. ഇൻഡ്രാസ്‌ട്രോമൽ / ഇൻഡ്രാകാമെറൽ ഇൻജക്ഷനും എസി വാഷും

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ കോർണിയയിൽ ഗുരുതരമായ അണുബാധയുള്ളതെന്നും ഉചിതമായ വൈദ്യചികിത്സയ്ക്ക് അത് പ്രതികരിക്കുന്നില്ലെന്നും എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് വിശദീകരിച്ചത്. താഴെപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ എനിക്ക് വ്യക്തമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നു:

ഈ പ്രക്രിയയിൽ, അനിയന്ത്രിതമായ അണുബാധ തടയുന്നതിനുള്ള ശ്രമത്തിൽ, കോർണിയയ്ക്കുള്ളിൽ കൃത്യമായ രീതിയിലും അളവിലും നൽകി മരുന്ന് നൽകും.

അണുബാധയുണ്ടാക്കിയ സൂക്ഷ്മജീവികളെ തിരിച്ചറിയുന്നതിനായി മെറ്റീരിയൽ അയയ്ക്കുന്നതിനും രോഗകാരിയുടെ അളവ് കുറയ്ക്കുന്നതിനും ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ മുൻഭാഗത്തെ ചേമ്പർ കഴുകലും നടത്തും.

അണുബാധ നിയന്ത്രിക്കുക എന്ന ഉദ്ദേശ്യത്തോടെ മാത്രമാണ് ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നത്, കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്താൻ ഇത് സഹായിക്കില്ല. അണുബാധ നിയന്ത്രിക്കാൻ ആവർത്തിച്ചുള്ള നടപടിക്രമങ്ങൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

സുഷിര സാധ്യതയും എൻഡോഫ്താൽമിറ്റിസും വിശദീകരിച്ചു.

ഇത്തരത്തിൽ മരുന്ന് നൽകിയിട്ടും, കോർണിയയുടെ അവാസ്കുലാർ സ്വഭാവം കണക്കിലെടുക്കുമ്പോൾ, അണുബാധ നിലനിൽക്കുകയോ വർദ്ധിക്കുകയോ ചെയ്യാം .

അനസ്തെറ്റിക് ഡ്രോപ്പുകൾ ഉപയോഗിച്ചായിരിക്കും ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുക .

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ടെലിവിഷനിൽ സംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. എന്നാൽ, ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

ഇതെല്ലാം അറിഞ്ഞതിനുശേഷം, ഇൻഡ്രാസ്‌ട്രോമൽ/ഇൻഡ്രാകാമെറൽ ഇഞ്ചക്ഷൻ & എസി വാഷ് എന്നിവയ്ക്ക് വിധേയമാകാൻ ഞാൻ എന്റെ സൗജന്യവും സ്വമേധയാ ഉള്ളതുമായ സമ്മതം നൽകുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക്

തുപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

20. സാധാരണമായതോ / സംസ്കരിച്ചതോ ആയ ലിംബൽ എപ്പിത്തീലിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാൻറ് ശസ്ത്രക്രിയ

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിലെ ലിംബൽ സ്റ്റേം സെൽ കുറവ് മൂലമാണ് എനിക്ക് അസാധാരണമായ നേത്ര പ്രതലം ഉള്ളതെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് അവർ എന്നോട് വിശദീകരിച്ചത്. സാധാരണ കണ്ണിൽ നിന്ന് ഒരു ചെറിയ ലിംബൽ ടിഷ്യൂ എടുത്ത് നേരിട്ട് പഠിച്ചുനടുകയോ ലാബിൽ ഒരു മോണോ ലെയറിലേക്ക് സംസ്കരിക്കുകയോ ചെയ്ത് എന്റെ രോഗബാധിതമായ കണ്ണിൽ പഠിച്ചുനടുകയോ ചെയ്തുകൊണ്ട് നേത്ര പ്രതലം ശരിയാക്കാനുള്ള ശ്രമമാണ് ഈ ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമം. താഴെപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ എനിക്ക് വ്യക്തമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്:

1. ഈ ശസ്ത്രക്രിയ സാധാരണ കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലം പുനഃസ്ഥാപിക്കാനുള്ള ഒരു ശ്രമം മാത്രമാണ്, പ്രാഥമികമായി എന്റെ കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ഒരു ശ്രമമല്ല.
2. മറ്റേ കണ്ണിൽ നിന്ന് (സാധാരണ കണ്ണ്) ഒരു ചെറിയ ലിംബൽ ടിഷ്യൂ എടുത്ത് രോഗബാധിതമായ കണ്ണിലേക്ക് മാറ്റിവയ്ക്കാൻ ഉപയോഗിക്കും.
3. SLET യുടെ കാര്യത്തിൽ, കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലം വീണ്ടും ശരിയാക്കാനായി, ഉപരിതലം മിനുസപ്പെടുത്തി ഒരു അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ ഗ്രാഫ്റ്റ് സ്ഥാപിച്ച ശേഷം, ഈ ടിഷ്യൂ ക്ഷണങ്ങൾ രോഗബാധിതമായ കണ്ണിന് മുകളിൽ ടിഷ്യൂ പശ ഉപയോഗിച്ച് ഉറപ്പിക്കുന്നു.
4. CLET ഉണ്ടായാൽ, ഈ ടിഷ്യൂ ക്ഷണങ്ങൾ ലാബിൽ ഒരു മോണോ ലെയറിലേക്ക് കൾച്ചർ ചെയ്ത്, കർശനമായ അണുവിമുക്ത സാഹചര്യങ്ങളിൽ, GMP സൗകര്യത്തിൽ, കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലം മിനുസപ്പെടുത്തി, ഒരു അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ ഗ്രാഫ്റ്റ് സ്ഥാപിച്ച ശേഷം, എന്റെ രോഗബാധിതമായ കണ്ണിന് മുകളിൽ പഠിച്ചുനടുന്നു. ഇത് കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലം വീണ്ടും നിറയ്ക്കാൻ സഹായിക്കുന്നു.
5. അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൺ കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിൽ തുന്നലുകളും പശയും ഉപയോഗിച്ച് ഉറപ്പിച്ചിരിക്കുന്നു, ഇത് വീക്കത്തിനും അസ്വസ്ഥതയ്ക്കും കാരണമാകും.
6. എന്റെ കണ്ണിൽ ഒരു ബാൻഡേജ് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് വെച്ചേക്കാം.
7. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കുറച്ച് ദിവസത്തേക്ക് ചുവപ്പ്, വീക്കം, നീര് എന്നിവ നിലനിൽക്കും.
8. രോഗം ആവർത്തിക്കാനുള്ള സാധ്യതയും ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകതയും നിലനിൽക്കുന്നു.

9. ഗ്രാഫ്റ്റിൽ അണുബാധ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്.
10. ലോക്കൽ ഇൻഫിൽട്രേഷനിൽ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തും.

ഏതെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളും പ്രസ്താവിക്കുക അസാധ്യമായതിനാൽ, ഈ രൂപത്തിലുള്ള സങ്കീർണതകളുടെ പട്ടിക പൂർണ്ണമായിരിക്കില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/തുടർന്നുള്ള സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡും ഫോട്ടോയും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

സിവിൽ/കൾച്ചർഡ് ലിംബൽ എപ്പിത്തീലിയൽ ട്രാൻസ്പ്ലാൻറ് സർജിക്ക് വിധേയമാകുന്നതിനുള്ള ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പുവെക്കുക, ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഞാൻ വായിച്ചുവെന്നും (അല്ലെങ്കിൽ എനിക്ക് ഇത് വായിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ടെന്നും) ഈ പ്രക്രിയയുടെ സ്വഭാവവും ഉദ്ദേശ്യവും സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലായെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർക്ക് എന്നെ അറിയിക്കാൻ കഴിയില്ലെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

എന്റെ വലത്/ഇടത്/രണ്ട് കണ്ണുകളിലും സിവിൽ/കൾച്ചർഡ് ലിംബൽ എപ്പിത്തീലിയൽ ട്രാൻസ്പ്ലാൻറ് സർജി എഫ് എംടോസെക്കൻഡ് അസിസ്റ്റഡ് തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പുവെക്കുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

21. തുന്നൽ നീക്കം ചെയ്യൽ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

നടപടിക്രമം

നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയയിൽ, ചില ശസ്ത്രക്രിയാ രീതികളിൽ മുറിവ് അടയ്ക്കുന്നതിനായി തുന്നലുകൾ പ്രയോഗിക്കാറുണ്ട്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ ആവശ്യം വന്നാൽ. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ തരം അനുസരിച്ച് സാധാരണയായി നിശ്ചിത സമയത്തിന് ശേഷം തുന്നൽ നീക്കം ചെയ്യാറുണ്ട്. ചിലപ്പോൾ തുന്നലുകൾ അയഞ്ഞതോ പൊട്ടിയതോ ആണെങ്കിൽ ഇത് നേരത്തെ നീക്കം ചെയ്തേക്കാം. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, ഒന്നിലധികം ഇരിപ്പിടങ്ങളിൽ തുന്നലുകൾ നീക്കം ചെയ്തേക്കാം. ഇത് ഒരു ഔട്ട്പേഷ്യന്റ് നടപടിക്രമമായി അല്ലെങ്കിൽ ഓപ്പറേഷൻ തിയേറ്ററിൽ ചെയ്യാം. സൂചി / ബ്ലേഡ് ഉപയോഗിച്ച് തുന്നൽ മുറിച്ച് ഫോഴ്സ്പ്സ് ഉപയോഗിച്ച് നീക്കം ചെയ്യുന്നു. നടപടിക്രമത്തിന് മുമ്പും ശേഷവും, കണ്ണിൽ ആൻറിബയോട്ടിക്കുകൾ നൽകുന്നു. ഈ പ്രക്രിയയ്ക്ക് മറ്റ് മാർഗങ്ങളൊന്നുമില്ല.

പ്രയോജനം

- അയഞ്ഞ തുന്നലുകളിൽ നിന്നും തുറന്ന തുന്നലുകളിൽ കളിൽ നിന്നുമുള്ള അണുബാധ തടയൽ
- കരുക്കുരുപ്പ് കുറയ്ക്കുന്നു
- ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര ആസ്റ്റിഥാറ്റിസം കുറയ്ക്കുന്നു

ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾ

- മുറിവിന്റെ വിടവ്
- രക്തസ്രാവം
- അണുബാധ
- കോമൽഅബ്രഷൻ

എല്ലാ സങ്കീർണതകളും പട്ടികപ്പെടുത്താൻ കഴിയില്ല. ഓരോ നടപടിക്രമത്തിലും ഈ സങ്കീർണതകളെല്ലാം കുറയ്ക്കുന്നതിന് പരമാവധി ശ്രദ്ധിക്കും.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു
 ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

ഗ്ലോക്കോമ
ശസ്ത്രക്രിയകൾ

C

1. ആന്റി-ഹൈഡ്രോബാസ്റ്റാസ്റ്റിക് ഏജന്റുകൾ ഉപയോഗിച്ചോ അല്ലാതെയോ ട്രാബെക്യുലക്രമി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

സൂചനകൾ, ഗുണങ്ങൾ, ബദലുകൾ

എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിച്ചത് എനിക്ക് ഗ്ലോക്കോമ ഉണ്ടെന്ന് കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും അത് ചികിത്സിച്ചില്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനും അന്ധതയിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാമെന്നും ആണ്. കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഒപ്റ്റിക് നാഡിയുടെ ഒരു രോഗമാണ് ഗ്ലോക്കോമ, ഇത് ചിലപ്പോൾ മരുന്നുകൾ ഉപയോഗിച്ച് വിജയകരമായി ചികിത്സിക്കാം, അല്ലെങ്കിൽ മരുന്നുകൾ ഫലപ്രദമല്ലെങ്കിൽ, മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുന്നതിലും കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് തടയുന്നതിലും ലേസർ, മറ്റ് ശസ്ത്രക്രിയകൾ എന്നിവ മൂല്യവത്തായിരിക്കാം.

എന്റെ കണ്ണിലെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ ട്രാബെക്യുലക്രമി എന്ന ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമാണെന്ന് എന്റെ ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്, കാരണം ഈ മർദ്ദം ദീർഘനേരം ഉയരുന്നത് എന്റെ ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് കേടുപാടുകൾ വരുത്തുകയും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുകയും ഒടുവിൽ അന്ധതയിലേക്ക് നയിക്കുകയും ചെയ്യും. വിജയകരമായി കഴിഞ്ഞാൽ, ഈ നടപടിക്രമം എന്റെ കണ്ണിലെ മർദ്ദം കുറയ്ക്കുകയും ഗ്ലോക്കോമ മൂലമുള്ള കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യും. മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുകയും എന്റെ കാഴ്ച സംരക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ് ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ലക്ഷ്യം; ഗ്ലോക്കോമ മൂലം നഷ്ടപ്പെട്ട കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ കഴിയില്ല.

സങ്കീർണ്ണതകൾ

ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയിലെയും പോലെ, ഗ്ലോക്കോമ ഡ്രെയിനേജ് ശസ്ത്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകളുണ്ട്. ഉദാഹരണത്തിന്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് എന്റെ കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ കഴിയാത്ത സാധ്യത എപ്പോഴും ഉണ്ട്, ഇതിനായി ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം മരുന്നുകളോ കൂടുതൽ നടപടിക്രമങ്ങളോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. സാധ്യമായ എല്ലാ സങ്കീർണ്ണതകളും ഈ ഫോമിൽ ഉൾപ്പെടുത്താൻ കഴിയില്ല, പക്ഷേ ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾക്കുള്ള ഉദാഹരണങ്ങൾ താഴെ കൊടുക്കുന്നു. ഈ സങ്കീർണ്ണതകൾ ദിവസങ്ങൾ, ആഴ്ചകൾ, മാസങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ വർഷങ്ങൾക്ക് ശേഷം സംഭവിക്കാം. അവ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ അന്ധതയ്ക്കോ കാരണമാകും. അതിനാൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഇടയ്ക്കിടെയുള്ള ഫോളോ-അപ്പ് നിർബന്ധമാണ്.

പൂർണ്ണമായ രോഗശാന്തിക്ക് ശേഷവും, കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും മറ്റ് പ്രശ്നങ്ങൾ കണ്ടെത്തുന്നതിനും പതിവായി നേത്ര പരിശോധന ആവശ്യമാണ്.

ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സങ്കീർണതകൾ

1. കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടൽ, മറ്റൊരു ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകത (നേരത്തെയോ വൈകിയോ)
2. കാഴ്ചശക്തി കുറയാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. കാഴ്ചശക്തി കുറയാൻ കാരണമാകുന്ന ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസവും തിമിരവും ഉണ്ടാകാം. കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താം. ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കണ്ണിൽ നടത്തുന്ന ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയും ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പരാജയത്തിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം.
3. ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം വളരെ ഉയർന്നതോ വളരെ താഴ്ന്നതോ ആയ മർദ്ദം ഉണ്ടാകാം, അതിന് മറ്റ് ആവശ്യമായ ചികിത്സയോ ശസ്ത്രക്രിയയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
4. കണ്ണിൽ രക്തസ്രാവം
5. നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന ചുവപ്പും നേരിയ വേദനയും വിട്ടുമാറാത്ത വീക്കത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്നു.
6. കണ്ണിലെ വീക്കം അല്ലെങ്കിൽ കറുകരുപ്പ് (പൊള്ളൽ അല്ലെങ്കിൽ തുന്നലുകൾ കാരണം) തുടരാം.
7. ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയാലും, കണ്ണിലെ തുടർച്ചയായ ഡീജനറേറ്റീവ് മാറ്റങ്ങൾ മൂലം കാഴ്ച വഷളാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.
8. വേദന, ചുവപ്പ്, കാഴ്ചക്കുറവ് എന്നിവയ്ക്ക് കാരണമാകുന്ന അണുബാധ, ഇത് നേരത്തെയോ വളരെ വൈകിയോ സംഭവിക്കാം.
9. അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ, കാഴ്ച പൂർണ്ണമായും നഷ്ടപ്പെടാം (wipeout).
10. നേരത്തെയോ വൈകിയോ ബ്ലൈൻഡ് ലീക്ക് സംഭവിക്കാം, ഇതിന് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ ഉപയോഗിക്കൽ, കണ്ണിൽ ബാൻഡേജ് ഇടൽ, വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവ ആവശ്യമായി വരും.
11. ആന്റി-മെറ്റബോളൈറ്റുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ - കോർണിയൽ toxicity, ബ്ലൈൻഡ് ചോർച്ചയ്ക്കുള്ള സാധ്യത, ബ്ലൈൻഡ് സംബന്ധമായ അണുബാധ.
12. ശസ്ത്രക്രിയ നടന്ന സ്ഥലത്ത് കണ്ണിനുള്ള മുക്കൾദാഗ്ദ്ധത്വം വെളുത്ത നിറത്തിലുള്ള ഉയർന്ന വീക്കം കാണാം. അധിക ദ്രാവകം ഒഴുകുന്നത് ഇവിടെ നിന്നാണ്.
13. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം മുകളിലെ കണ്ണിനുള്ള തൂങ്ങിക്കിടക്കൽ (ptosis) സംഭവിക്കാം.

കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള അനസ്തേഷ്യ കുത്തിവയ്പുകളുടെ സങ്കീർണതകൾ

അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്, ഇതിൽ അനസ്തേഷ്യയുടെ സങ്കീർണതകളും ഉൾപ്പെടുന്നു .

1. നേത്രഗോളത്തിന് സൂചികൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന മുറിവ്
2. സൂചി കൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന ഒപ്റ്റിക് നാഡിയിലെ ക്ഷതം, ഇത് നാഡിക്ക് കേടുവരുത്തും.
3. റെറ്റിനയുടെ രക്തചംക്രമണത്തിലെ തടസ്സം
4. കണ്ണിനുള്ള തൂങ്ങാൻ സാധ്യത
5. ജീവന് ഭീഷണിയായ സങ്കീർണതകൾക്കും മരണത്തിനും സാധ്യതയുള്ള വ്യവസ്ഥാപരമായ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അനാവശ്യമായ സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടായേക്കാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ടെങ്കിലും, ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയില്ലെങ്കിൽ എന്റെ കാഴ്ചയ്ക്ക് കൂടുതൽ അപകടസാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ച് മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു, കൂടാതെ എന്റെ സർജന്റു മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ അധികാരം നൽകുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യമായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

2. കമ്പൈൻഡ് ഫാക്കോ - ട്രാബെക്യുലക്രമി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

സൂചനകൾ, ഗുണങ്ങൾ, ബദലുകൾ

തിമിരത്തിനും ഗ്ലോക്കോമയ്ക്കും ഒരു സംയോജിത ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

എന്റെ കണ്ണിലെ തിമിരവും ഗ്ലോക്കോമയും മൂലമാണ് എനിക്ക് കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതെന്ന് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം. തിമിരം മൂലമുള്ള കാഴ്ചക്കുറവിന്റെ ഒരു ഭാഗം മാത്രമേ പുനഃസ്ഥാപിക്കപ്പെടുകയുള്ളൂവെന്നും ഗ്ലോക്കോമ മൂലമുള്ള കാഴ്ച പഴയപടിയാകില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ബദൽ ചികിത്സകളുടെ ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും, അപകടസാധ്യതകളും, സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു.

എന്റെ കണ്ണിലെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ ട്രാബെക്യുലക്രമി എന്ന ഒരു ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമാണെന്ന് എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്, കാരണം ഈ മർദ്ദം ദീർഘനേരം ഉയരുന്നത് എന്റെ ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് കേടുപാടുകൾ വരുത്തുകയും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുകയും ഒടുവിൽ അന്ധതയിലേക്ക് നയിക്കുകയും ചെയ്യും. വിജയകരമായി കഴിഞ്ഞാൽ, ഈ നടപടിക്രമം എന്റെ കണ്ണിലെ മർദ്ദം കുറയ്ക്കുകയും ഗ്ലോക്കോമ മൂലമുള്ള കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യും. മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുകയും എന്റെ കാഴ്ച നിലനിർത്തുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ് ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ലക്ഷ്യം; ഗ്ലോക്കോമ മൂലം നഷ്ടപ്പെട്ട കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ കഴിയില്ല.

സങ്കീർണതകൾ

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് എന്റെ കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ കഴിയാത്ത സാധ്യത എപ്പോഴും ഉണ്ട്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം മരുന്നുകളോ കൂടുതൽ നടപടിക്രമങ്ങളോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രണവിധേയമാക്കിയതിനുശേഷവും ഗ്ലോക്കോമ പുരോഗമിക്കാനും എന്റെ കാഴ്ചശക്തി കൂടുതൽ വഷളാകാനും സാധ്യതയുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ ദിവസങ്ങൾ, ആഴ്ചകൾ, മാസങ്ങൾ, അല്ലെങ്കിൽ വർഷങ്ങൾക്കുള്ളിൽ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് എനിക്കറിയാം. അവ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ അന്ധതയ്ക്കോ കാരണമാകും. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം ഫോളോ-അപ്പ് ആവശ്യമാണ്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷവും കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും മറ്റ് നേത്ര പ്രശ്നങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും എനിക്ക് പതിവായി നേത്രപരിശോധന ആവശ്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സങ്കീർണതകൾ

1. രക്തസ്രാവം (രക്തസ്രാവം); IOL നെ പിന്തുണയ്ക്കുന്ന കാപ്സ്യൂളിന്റെ വിള്ളൽ; കണ്ണിന്റെ സുഷിരം; നേത്രപടലത്തിന്റെ നീർക്കെട്ട് (കോർണിയൽ എഡിമ), ഇത് കോർണിയൽ ട്രാൻസ്പ്ലാൻറ് വഴി ശരിയാക്കാം; റെറ്റിനയുടെ മധ്യഭാഗത്ത് വീക്കം (സിസ്റ്റോയ്ഡ് മാക്കുലാർ എഡിമ), ഇത് സാധാരണയായി കാലക്രമേണ മെച്ചപ്പെടും; ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യുന്ന കണ്ണിലെ ലെൻസിന്റെ കഷണങ്ങൾ ബാക്കിയാകുന്നു; അണുബാധ; കണ്ണിന് അസ്വസ്ഥതയുണ്ടാക്കുന്ന റെറ്റിനയുടെ വേർപിരിയൽ;

തുങ്ങിക്കിടക്കുന്ന കണ്പോള; വർദ്ധിച്ച ആസ്തിത്വം; ഗ്ലോക്കോമ; ഇരട്ടിച്ച കാഴ്ച.

2. IOL മായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകളിൽ വർദ്ധിച്ച നൈറ്റ് ബ്ലെയർ, അല്ലെങ്കിൽ ഹാലോ, ഇരട്ട അല്ലെങ്കിൽ പ്രേത ചിത്രങ്ങൾ, IOL ന്റെ സ്ഥാനഭ്രംശം എന്നിവ ഉൾപ്പെടാം. മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL-കൾ ഈ പ്രശ്നങ്ങൾക്കുള്ള സാധ്യത വർദ്ധിപ്പിച്ചേക്കാം. ഒരു മോണോഫോക്കൽ IOL ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്താൽ, മതിയായ കാഴ്ചയ്ക്കായി തിമിരശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ദുരക്കാഴ്ചയ്ക്കുള്ള ഗ്ലാസുകളോ വായനയ്ക്കുള്ള ഗ്ലാസുകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ആവശ്യമായി വരും. മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL ഗ്ലാസുകളോടുള്ള ആശ്രിതത്വം കുറയ്ക്കാൻ സഹായിക്കുമെങ്കിലും, അത് വ്യക്തമായ കാഴ്ച കുറയാൻ കാരണമായേക്കാം, ഇത് മങ്ങിയ വെളിച്ചത്തിലോ മൂടൽമഞ്ഞിലോ കൂടുതൽ വഷളായേക്കാം. രാത്രിയിൽ വാഹനമോടിക്കുന്നത് ബാധിച്ചേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയ സമയത്ത് സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായാൽ, മൾട്ടിഫോക്കൽ IOL-ന് പകരം ഒരു മോണോഫോക്കൽ IOL ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം.
3. ശസ്ത്രക്രിയ സമയത്ത് സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായാൽ, നിങ്ങൾ മുൻകൂട്ടി അനുമതി നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും, നിങ്ങളുടെ കണ്ണിൽ ഒരു IOL ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്യേണ്ടത് സർജൻ തീരുമാനിച്ചേക്കാം.
4. സങ്കീർണ്ണമായ ഉപകരണങ്ങളുടെയും കമ്പ്യൂട്ടർ ഫോർമുലകളുടെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ശരിയായ IOL തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നത് കൃത്യമായ ഒരു ശാസ്ത്രമല്ല. നിങ്ങളുടെ കണ്ണ് സുഖപ്പെട്ടിനുശേഷം, അതിന്റെ ദൃശ്യശക്തി ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള പരിശോധനയിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമായിരിക്കാം. മികച്ച കാഴ്ച ലഭിക്കുന്നതിന് ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കണ്ണടകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ധരിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം. തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം നിങ്ങളുടെ കാഴ്ചയിൽ നിങ്ങൾ തൃപ്തനല്ലെങ്കിൽ IOL മാറ്റൽ, ഒരു അധിക IOL സ്ഥാപിക്കൽ, അല്ലെങ്കിൽ റിഫ്രാക്റ്റീവ് ലേസർ ശസ്ത്രക്രിയ പോലുള്ള അധിക ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
5. തിരഞ്ഞെടുത്ത IOL എന്തുതന്നെയായാലും, IOL നെ താങ്ങിനിർത്തുന്ന പാട്ക്ക് കട്ടി വരുന്നതുമൂലം കാഴ്ച മങ്ങുന്നത് ശരിയാക്കാൻ നിങ്ങൾക്ക് ലേസർ ശസ്ത്രക്രിയ (YAG കാപ്സുലോട്ടമി) ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
6. ഭാവിയിൽ എപ്പോഴെങ്കിലും, നിങ്ങളുടെ കണ്ണിൽ സ്ഥാപിച്ചിരിക്കുന്ന IOL പുനഃസ്ഥാപിക്കേണ്ടിവരാം, ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യേണ്ടിവരും, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു IOL ഉപയോഗിച്ച് മാറ്റിസ്ഥാപിക്കേണ്ടിവരാം.
7. നിങ്ങൾക്ക് ഉയർന്ന അളവിലുള്ള ഹൈപ്പർപിയ (ദുരക്കാഴ്ചക്കുറവ്) ഉണ്ടെങ്കിൽ കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ നീളം കുറവായെങ്കിൽ, ഒഫ്താൽമിക് കോറോയ്ഡൽ എഫ്യൂഷൻ എന്നറിയപ്പെടുന്ന ഒരു സങ്കീർണതയ്ക്കുള്ള സാധ്യത വർദ്ധിക്കുന്നു. ഈ സങ്കീർണത ശസ്ത്രക്രിയ പൂർത്തിയാക്കുന്നതിലും ലെൻസ് സ്ഥാപിക്കുന്നതിലും ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ ഉണ്ടാക്കുകയോ കണ്ണിന്റെ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുകയോ ചെയ്തേക്കാം.
8. ഉയർന്ന അളവിലുള്ള മധോപിയ (ഹ്യൂസ്വദൃഷ്ടി) ഉണ്ടെങ്കിൽ കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ നീളം കൂടുതലായെങ്കിൽ, റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് എന്ന സങ്കീർണതയ്ക്കുള്ള സാധ്യത വർദ്ധിക്കുന്നു. റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് സാധാരണയായി നന്നാക്കാൻ കഴിയും, പക്ഷേ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ അന്ധതയ്ക്കോ കാരണമായേക്കാം.
9. ഒരു കണ്ണിൽ മാത്രമേ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുകയുള്ളൂ എന്നതിനാൽ, രണ്ട് കണ്ണുകൾക്കിടയിലുള്ള അസന്തുലിതാവസ്ഥ (അനിസോമെട്രോപ്പിയ) നിങ്ങൾക്ക് അനുഭവപ്പെടാം. സാധാരണയായി കണ്ണട ഗ്ലാസുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ഇത് ശരിയാക്കാൻ കഴിയില്ല, കാരണം ഇരുകണ്ണുകളിലുമുള്ള പവറിന്റെ പ്രകടമായ വ്യത്യാസം കാരണം, ഓപ്പറേറ്റ് ചെയ്യാത്ത കണ്ണിൽ താൽക്കാലികമായി കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ധരിക്കേണ്ടിവരും അല്ലെങ്കിൽ ദുരക്കാഴ്ചയ്ക്കായി വ്യക്തമായ ഒരു കണ്ണിൽ മാത്രം ആശ്രയിക്കേണ്ടിവരും. സങ്കീർണതകളുടെ അഭാവത്തിൽ, ആദ്യത്തെ കണ്ണ് സ്ഥിരത പ്രാപിച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ, രണ്ടാമത്തെ കണ്ണിലെ ശസ്ത്രക്രിയ സാധാരണയായി 1 മുതൽ 2 ആഴ്ചകൾക്കുള്ളിൽ പൂർത്തിയാക്കാൻ കഴിയും.

ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സങ്കീർണതകൾ

1. കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടൽ, മറ്റൊരു ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകത (നേരത്തേയോ വൈകിയോ)
2. കാഴ്ചശക്തി കുറയാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. കാഴ്ചശക്തി കുറയാൻ കാരണമാകുന്ന ആസ്തിത്വവും തിമിരവും ഉണ്ടാകാം. കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താം. ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കണ്ണിൽ നടത്തുന്ന ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയും ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പരാജയത്തിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം.

3. ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം വളരെ ഉയർന്നതോ വളരെ താഴ്ന്നതോ ആയ മർദ്ദം ഉണ്ടാകാം, അതിന് മറ്റ് ആവശ്യമായ ചികിത്സയോ ശസ്ത്രക്രിയയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
4. കണ്ണിൽ രക്തസ്രാവം
5. നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന ചുവപ്പും നേരിയ വേദനയും വിട്ടുമാറാത്ത വീക്കത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്നു.
6. കണ്ണിലെ വീക്കം അല്ലെങ്കിൽ കറുകരുപ്പ് (പൊള്ളൽ അല്ലെങ്കിൽ തുന്നലുകൾ കാരണം) തുടരാം.
7. ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയാലും, കണ്ണിലെ തുടർച്ചയായ ഡീജനറേറ്റീവ് മാറ്റങ്ങൾ മൂലം കാഴ്ച വഷളാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.
8. വേദന, ചുവപ്പ്, കാഴ്ചക്കുറവ് എന്നിവയ്ക്ക് കാരണമാകുന്ന അണുബാധ, ഇത് നേരത്തെയോ വളരെ വൈകിയോ സംഭവിക്കാം.
9. അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ, കാഴ്ച പൂർണ്ണമായും നഷ്ടപ്പെടാം.
10. നേരത്തെയോ വൈകിയോ ബ്ലേബ് ലീക്ക് സംഭവിക്കാം, ഇതിന് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ ഉപയോഗിക്കൽ, കണ്ണിൽ ബാൻഡേജ് ഇടൽ, വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവ ആവശ്യമായി വരും.
11. ആന്റി-മെറ്റബോളൈറ്റുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ - കോർണിയൽ വിഷാംശം, ബ്ലേബ് ചോർച്ചയ്ക്കുള്ള സാധ്യത, ബ്ലേബ് സംബന്ധമായ അണുബാധ.
12. ശസ്ത്രക്രിയ നടന്ന സ്ഥലത്ത് കണ്ണിലേയ്ക്കുള്ള മുകൾഭാഗത്ത് വെളുത്ത നിറത്തിലുള്ള ഉയർന്ന വീക്കം കാണാം. അധിക ദ്രാവകം ഒഴുകുന്നത് ഇവിടെ നിന്നാണ്.
13. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം മുകളിലെ കണ്ണിലെ തുടങ്ങിക്കിടക്കൽ (ptosis) സംഭവിക്കാം.

കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള അനസ്തേഷ്യ കുത്തിവയ്പുകളുടെ സങ്കീർണതകൾ

അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്, ഇതിൽ അനസ്തേഷ്യയുടെ സങ്കീർണതകളും ഉൾപ്പെടുന്നു.

1. നേത്രഗോളത്തിന് സൂചികൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന മുറിവ്
2. സൂചി കൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന ഒപ്പ്റ്റിക് നാഡിയിലെ ക്ഷതം, ഇത് നാഡിക്ക് കേടുവരുത്തും.
3. റെറ്റിനയുടെ രക്തചംക്രമണത്തിലെ തടസ്സം
4. കണ്ണിലെ തുടങ്ങാൻ സാധ്യത
5. ജീവന് ഭീഷണിയായ സങ്കീർണതകൾക്കും മരണത്തിനും സാധ്യതയുള്ള വ്യവസ്ഥാപരമായ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ, ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....
വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....
വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....
തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

3. സെലക്ടീവ് ലേസർ ട്രാബെക്യൂലോപ്ലാസ്റ്റി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

ഓപ്പൺ-ആംഗിൾ ഗ്ലോക്കോമ ഉള്ളവർക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്ന ഒരു ലേസർ ശസ്ത്രക്രിയയാണിത്. ഈ ലേസർ കണ്ണിലെ ഡ്രെയിനേജ് ചാനലുകൾ തുറക്കുകയും കണ്ണിൽ നിന്നുള്ള ദ്രാവകത്തിന്റെ ഒഴുക്ക് മെച്ചപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യും. ലേസർ തെറാപ്പിയോട് നന്നായി പ്രതികരിക്കുന്ന ചില വ്യക്തികളുണ്ട്, മറ്റു ചിലർ ലേസർ തെറാപ്പിയോട് ഒട്ടും പ്രതികരിക്കുന്നില്ല. നിങ്ങളുടെ ഗ്ലോക്കോമയുടെ തരവും കണ്ണിന്റെ അടിസ്ഥാന ഘടനയും നിങ്ങളുടെ പ്രതികരണത്തെ നിർണ്ണയിക്കുന്നു. ലേസർ എത്രത്തോളം നന്നായി പ്രവർത്തിക്കുമെന്ന് നമുക്ക് സാധാരണയായി പ്രവചിക്കാൻ കഴിയില്ല.

നടപടിക്രമം

ലേസർ മെഷീൻ, ഡോക്ടർ ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും നിങ്ങളുടെ കണ്ണുകൾ പരിശോധിക്കാൻ ഉപയോഗിക്കുന്ന പരിശോധനാ ബയോ-മൈക്രോസ്കോപ്പിന് സമാനമാണ്. ലേസർ തന്നെ ചെറിയ ശബ്ദമുണ്ടാക്കുകയും ക്യാമറയിൽ ഒരു ഫ്ലാഷ് പോലെ തിളക്കമുള്ള ഒരു പ്രകാശം പരത്തുകയും ചെയ്യുന്നു. ലേസർ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസിനായി കണ്ണിനെ അനസ്തേഷ്യ ചെയ്യുന്നതിനായി നടപടിക്രമത്തിന് തൊട്ടുമുമ്പ് ടോപ്പിക്കൽ അനസ്തെറ്റിക് ഉപയോഗിക്കുന്നു. മിക്കവാറും എല്ലാവരും നടപടിക്രമം സുഖകരവും വേദനയില്ലാത്തതുമാണെന്ന് കണ്ടെത്തുന്നു. നടപടിക്രമം ഏകദേശം 10 മുതൽ 20 മിനിറ്റ് വരെ എടുക്കും.

മരുന്നുകൾ

ലേസറിന് മുമ്പും ശേഷവും നിങ്ങൾക്ക് തുള്ളിമരുന്ന് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ലേസർ കഴിഞ്ഞ് ഒരു മണിക്കൂർ കഴിഞ്ഞ് മിക്ക ആളുകളുടെയും നേത്ര മർദ്ദം പരിശോധിക്കേണ്ടതുണ്ട്. കാരണം, ലേസർ ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷം കണ്ണിലെ മർദ്ദം ഉയരാം. ഈ പ്രക്രിയയിൽ നിന്നുള്ള ഏറ്റവും വലിയ അപകടസാധ്യതയാണിത്. മർദ്ദം വർദ്ധിക്കുകയാണെങ്കിൽ, മർദ്ദം കുറയ്ക്കാൻ നിങ്ങൾക്ക് മരുന്നുകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. അപൂർവ്വമായി, കണ്ണിലെ മർദ്ദം വളരെ ഉയർന്ന നിലയിലേക്ക് ഉയരുകയും അങ്ങനെ നിലനിൽക്കുകയും ചെയ്യും. ഇത് സംഭവിക്കുകയാണെങ്കിൽ, നിങ്ങൾക്ക് ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, എന്നിരുന്നാലും ഇത് ഒരു അപൂർവ സംഭവമാണ്.

സങ്കീർണ്ണതകൾ

SLT യുടെ ഒരു പ്രധാന വശം അനുകൂലമായ പാർശ്വഫല പ്രൊഫൈലാണ്. ലേസർ ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷം മിക്ക ആളുകളും കാഴ്ചയിൽ ചില മങ്ങലുകൾ കാണുന്നു. മിക്ക വ്യക്തികളിലും ഇത് ഏതാനും മണിക്കൂറുകൾക്കുള്ളിൽ മാറും. ഈ ലേസർ മൂലം നിങ്ങളുടെ കാഴ്ച സ്ഥിരമായി ബാധിക്കപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കുറവാണ്.

കണ്ണിന്റെ ശരിയായ രോഗശമനത്തിന് ലേസർ ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷം തുള്ളിമരുന്ന് ഉപയോഗിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം. അങ്ങനെയെങ്കിൽ, ഒരു ആഴ്ചത്തേക്ക് നിങ്ങൾ പുതിയ തുള്ളിമരുന്ന് ഉപയോഗിക്കേണ്ടിവരും.

മിക്ക കേസുകളിലും, ലേസർ ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷം മറ്റ് ഗ്ലോക്കോമ മരുന്നുകൾ തുടരാൻ നിങ്ങളോട് ആവശ്യപ്പെടും. നിങ്ങളുടെ മരുന്നുകൾ തുടരുന്നതിന് എന്തെങ്കിലും പ്രശ്നമുണ്ടെങ്കിൽ ഡോക്ടർ നിങ്ങളെ അറിയിക്കും. നിങ്ങളുടെ മർദ്ദം കുറയ്ക്കാൻ ലേസർ എത്രത്തോളം പ്രവർത്തിച്ചുവെന്ന് നിർണ്ണയിക്കാൻ നിരവധി ആഴ്ചകൾ എടുക്കും. വളരെ അപൂർവ്വവും അസാധാരണവുമാണെങ്കിലും, കണ്ണിനുള്ളിൽ രക്തസ്രാവം, വീക്കം, തിമിരം, കണ്ണിലെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കൽ എന്നിവ ഉണ്ടാകാം, ഇതിന് വ്യത്യസ്തവും കൂടുതൽ വിപുലവുമായ ചികിത്സ ആവശ്യമാണ്. ആദ്യത്തെ ലേസർ ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷം മർദ്ദം വേണ്ടത്ര നിയന്ത്രിക്കപ്പെടുന്നില്ലെങ്കിൽ മർദ്ദം കുറയ്ക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് അധിക ലേസർ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

4. ഗ്ലോക്കോമ ട്യൂബ് സർജറി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

സൂചനകൾ, ഗുണങ്ങൾ, ബദലുകൾ

എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിച്ചത് എനിക്ക് ഗ്ലോക്കോമ ഉണ്ടെന്ന് കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും അത് ചികിത്സിച്ചില്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനും അത് അന്ധതയിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാമെന്നും ആണ്. ഗ്ലോക്കോമ ഒപ്റ്റിക് നാഡിയെ ബാധിക്കുന്നു, ഇത് കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കുന്നതിലേക്ക് നയിക്കുന്നു, ഇത് ചിലപ്പോൾ മരുന്നുകളാൽ വിജയകരമായി ചികിത്സിക്കാവുന്നതാണ്, അല്ലെങ്കിൽ മരുന്നുകൾ ഫലപ്രദമല്ലെങ്കിൽ, മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുന്നതിനും കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് തടയുന്നതിനും ലേസർ, മറ്റ് ശസ്ത്രക്രിയകൾ എന്നിവ മൂല്യവത്തായിരിക്കാം. കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ സഹായിക്കുന്നതിന് “ട്യൂബ്” അല്ലെങ്കിൽ “അക്വസ് ഷണ്ട്” എന്ന് വിളിക്കുന്ന ഒരു മൈക്രോസർജിക്കൽ ഡ്രെയിനേജ് ഉപകരണം സ്ഥാപിക്കേണ്ടത് ആവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ ഉപകരണം കണ്ണിനായി ഒരു പുതിയ ഡ്രെയിനേജ് ചാനൽ സൃഷ്ടിക്കുന്നു, അതിന്റെ ഫലമായി “ബ്ലേബ്” എന്ന ഫിൽട്ടറിംഗ് ഏരിയ ഉണ്ടാകുന്നു. ട്യൂബും ബ്ലേബും മിക്കവാറും കൺപോളകൾക്ക് കീഴിലാണ്. വിജയകരമാകുമ്പോൾ, ഈ നടപടിക്രമം കണ്ണിലെ മർദ്ദം കുറയ്ക്കുകയും ഗ്ലോക്കോമ മൂലമുള്ള കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യും. ഓപ്പറേഷന്റെ ഉദ്ദേശ്യം മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുകയും എന്റെ കാഴ്ച നിലനിർത്തുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ്; ഗ്ലോക്കോമ മൂലം നഷ്ടപ്പെട്ട ഏതൊരു കാഴ്ചയും പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ കഴിയില്ല.

സങ്കീർണ്ണതകൾ

ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയിലെയും പോലെ, ഈ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകളുണ്ട്. ഉദാഹരണത്തിന്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് എന്റെ കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ കഴിയാത്ത സാധ്യത എപ്പോഴും ഉണ്ട്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം മരുന്നുകളോ കൂടുതൽ നടപടിക്രമങ്ങളോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. സാധ്യമായ എല്ലാ സങ്കീർണ്ണതകളും ഈ ഫോമിൽ ഉൾപ്പെടുത്താൻ കഴിയില്ല, പക്ഷേ ഗ്ലോക്കോമ ഡ്രെയിനേജ് ശസ്ത്രക്രിയയിൽ നേരിടുന്ന അപകടസാധ്യതകളുടെ ഉദാഹരണങ്ങൾ താഴെ കൊടുക്കുന്നു. ഈ സങ്കീർണ്ണതകൾ ദിവസങ്ങൾ, ആഴ്ചകൾ, മാസങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ വർഷങ്ങൾക്ക് ശേഷം സംഭവിക്കാം. അവ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ അന്ധതയ്ക്കോ കാരണമാകും. അതിനാൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഇടയ്ക്കിടെയുള്ള ഫോളോ-അപ്പ് നിർബന്ധമാണ്.

1. കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടൽ, മറ്റൊരു ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകത (നേരത്തേയോ വൈകിയോ)
2. കാഴ്ച കുറയുകയോ, അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ പൂർണ്ണമായും നഷ്ടപ്പെടുകയോ ചെയ്യും.
3. തിമിരത്തിന്റെ വികസനം, ഇത് കാഴ്ച കുറയ്ക്കും, പക്ഷേ തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ ചികിത്സിക്കാം.
4. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം വളരെ ഉയർന്നതോ വളരെ താഴ്ന്നതോ ആയ മർദ്ദം ഉണ്ടാകാം, അതിന് മറ്റ് ചികിത്സയോ ശസ്ത്രക്രിയയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
5. ട്യൂബിലെ തടസ്സം, ട്യൂബ് അൺബ്ലോക്ക് ചെയ്യാൻ കൂടുതൽ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം/ ട്യൂബ് എക്സ്‌പ്ലാന്റേഷൻ
6. ട്യൂബ് erosion, തകരാർ അടയ്ക്കാൻ കൂടുതൽ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

7. ട്യൂബ് തകരാറ്, കോർണിയ സ്പർശനത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്നു, കോർണിയയ്ക്ക് കേടുപാടുകൾ സംഭവിക്കുന്നു, ഇത് ട്യൂബ് സ്ഥാനം മാറ്റുന്നതിലേക്ക്/ എക്സ്‌പ്ലാന്റേഷനിലേക്ക് നയിക്കുന്നു, കഠിനമായ കേസുകളിൽ, കോർണിയ മാറ്റിവയ്ക്കൽ.
8. കണ്ണിൽ രക്തസ്രാവം
9. വേദന, ചുവപ്പ്, കാഴ്ചക്കുറവ് എന്നിവയ്ക്ക് കാരണമാകുന്ന അണുബാധ, ഇത് നേരത്തെയോ വളരെ വൈകിയോ സംഭവിക്കാം.
10. ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയാലും, കണ്ണിലെ തുടർച്ചയായ ഡീജനറേറ്റീവ് മാറ്റങ്ങൾ മൂലം കാഴ്ച വഷളാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.
11. നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന ചുവപ്പും നേരിയ വേദനയും വിട്ടുമാറാത്ത വീക്കത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്നു.
12. കണ്ണിൽ തുടരുന്ന വീക്കം അല്ലെങ്കിൽ കരുക്കുരുപ്പ്
13. ഇരട്ട ദർശനം അല്ലെങ്കിൽ കൺപോള അടയുക
14. കോർണിയൽ എൻഡോതെലിയൽ കോശങ്ങളുടെ ക്രമാനുഗതമായ നഷ്ടം, കോർണിയൽ എഡീമയ്ക്ക് കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമാണ്.
15. കണ്പോള തുങ്ങിക്കിടക്കൽ (ptosis)
16. ദ്രാവകം അടിഞ്ഞുകൂടുന്നതും പൊതിഞ്ഞ ബ്ലേബും കാരണം കണ്പോളകൾക്ക് താഴെ വീക്കം

കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള അനസ്തേഷ്യ കുത്തിവയ്പുകളുടെ സങ്കീർണതകൾ

1. നേത്രഗോളത്തിന്റെ സൂചികൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന മുറിവ്
2. ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് സൂചി കൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന ക്ഷതം, ഇത് കാഴ്ചയെ നശിപ്പിച്ചേക്കാം.
3. റെറ്റിനയുടെ രക്തചംക്രമണത്തിലെ തടസ്സം
4. കണ്പോള തുങ്ങാൻ സാധ്യത
5. ജീവന് ഭീഷണിയായ സങ്കീർണതകൾക്കും മരണത്തിനും സാധ്യതയുള്ള വ്യവസ്ഥാപരമായ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ.

കണ്ണും കണ്പോളകളും സാധാരണ സ്ഥാനത്തായിരിക്കുമ്പോൾ, ട്യൂബ് കാണാൻ കഴിയില്ല. എന്നിരുന്നാലും, മുകളിലെ കണ്പോളയിൽ സ്പർശിച്ചാൽ നിങ്ങൾക്ക് ഉപകരണം അനുഭവപ്പെട്ടേക്കാം.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....
തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

5. ലേസർ ഇറിഡോടോമി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

ആമുഖം

ലേസർ ഇറിഡോടോമി എന്നത് നാരോ ആംഗിൾ ഗ്ലോക്കോമ ഉള്ള രോഗികൾക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്ന ഒരു പ്രക്രിയയാണ്. ഇതിൽ ലേസർ ഉപയോഗിച്ച് ഐറിസിൽ (കണ്ണിന്റെ നിറമുള്ള ഭാഗം) ഒരു ചെറിയ ദ്വാരം ഉണ്ടാക്കി, കണ്ണിന്റെ പിൻഭാഗത്ത് നിന്ന് മുൻഭാഗത്തേക്ക് ദ്രാവകത്തിന്റെ സ്വതന്ത്ര ചലനം അനുവദിക്കുന്നു. ഇത് ഇൻട്രാക്യുലർ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാനും ഐറിസിനും കോർണിയയ്ക്കും ഇടയിൽ PAS രൂപപ്പെടുന്നത് തടയാനും സഹായിക്കും. ഇത് ഗ്ലോക്കോമയുടെ പുരോഗതി നിയന്ത്രിക്കും.

ഈ പ്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകളിൽ കാഴ്ചയുടെ താൽക്കാലിക മങ്ങൽ, ലേസർ IOP സ്പൈക്കിന് ശേഷമുള്ള അവസ്ഥ, ആന്റീരിയർ യുവിയൈറ്റിസ്, പ്യൂപ്പിളറി ഡിസ്റ്റോർഷൻ, കോർണിയൽ എപ്പിത്തീലിയൽ വൈകല്യങ്ങൾ, കോർണിയൽ പൊള്ളൽ, രക്തസ്രാവം/ ഹൈഫീമ , തിമിരം, ഡിപ്ലോപ്പിയ, വൈകിയുള്ള ഇറിഡോടോമി ക്ലോഷർ, റെറ്റിനൽ/മാക്കുലാർ പൊള്ളൽ, malignant ഗ്ലോക്കോമ, സ്റ്റൈനൈറ്റ് ഹൈപ്പോപിയോൺ, സിസ്റ്റോയിഡ് മാക്കുലാർ എഡീമ , പ്യൂപ്പിളറി സ്യൂഡോമെംബ്രേൻ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു. ഈ സങ്കീർണതകൾക്ക് അധിക മെഡിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ ശസ്ത്രക്രിയ ഇടപെടൽ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ ഈ പ്രക്രിയ പൂർത്തിയാക്കാൻ ഒന്നിലധികം സിറ്റിങ്ങുകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ചില വ്യക്തികൾ ഭാഗികമായി മാത്രമേ ഈ പ്രക്രിയയോട് പ്രതികരിക്കുന്നുള്ളൂ അല്ലെങ്കിൽ ഒട്ടും പ്രതികരിക്കുന്നില്ല, കൂടാതെ ഗ്ലോക്കോമയുടെ പുരോഗതി പരിശോധിക്കാൻ അധിക മരുന്നുകളോ ശസ്ത്രക്രിയയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷമുള്ള ഗ്ലോക്കോമ മരുന്നുകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള ടോപ്പിക്കൽ മരുന്നുകൾ തുടരുകയോ മാറ്റുകയോ ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം.

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിലുള്ളതുപോലെ (.....) എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഏറ്റവും നല്ല ഭാഷയിൽ (.....) ഞാൻ, വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

അതിനായി വലത്/ഇടത് കണ്ണിന്റെ ലേസർ ഇറിഡോടോമിക്ക് വിധേയമാകണം.

നടപടിക്രമത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ, ഇതരമാർഗങ്ങൾ, അവയുടെ അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ എന്നിവ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നു. വലത്/ഇടത് കണ്ണിന്റെ ലേസർ ഇറിഡോടോമിക്ക് എന്റെ പൂർണ്ണവും സൗജന്യവും സ്വമേധയാ ഉള്ളതുമായ സമ്മതം ഞാൻ ഇതിനാൽ നൽകുന്നു.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ഭാഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....
തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

6. ഡയോഡ് ലേസർ സൈക്ലോ-ഫോട്ടോകോഗുലേഷൻ (DLCP)

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

ആമുഖം

മരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗവും ആവർത്തിച്ചുള്ള ഗ്ലോക്കോമ ഫിൻഡ്രേഷൻ ശസ്ത്രക്രിയകളും ഗ്ലോക്കോമ ഡ്രെയിനേജ് ഉപകരണങ്ങളുടെ (GDDs) ഉപയോഗവും ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും, അനിയന്ത്രിതമായ ഉയർന്ന ഇൻട്രാ ഓക്യുലർ മർദ്ദം (IOPs) ഉള്ള, വിപുലമായ, റികാൽസിട്രസ്റ്റ് ഗ്ലോക്കോമ ഉള്ള ആളുകളിൽ സാധാരണയായി നടത്തുന്ന ഒരു നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയയാണ് DLCP . വേദനയുടെ കാരണം ഉയർന്ന IOP ആണെങ്കിൽ, IOPs കുറയ്ക്കുന്നതിനും നേത്ര വേദന ഒഴിവാക്കുന്നതിനും ഈ നടപടിക്രമം മിക്കപ്പോഴും ഫലപ്രദമാണ്. സാധാരണയായി ലോക്കൽ പെരിബൾബാർ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നത് , ചിലപ്പോൾ ഒന്നിലധികം തവണ ചെയ്യേണ്ടിവരും, അതായത് IOP നിയന്ത്രിക്കാൻ നടപടിക്രമം ആവർത്തിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം.

ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര പരിചരണം

വേദനസംഹാരികളായ മരുന്നുകളും ചില തുള്ളിമരുന്നുകളും നൽകുന്ന ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കണ്ണ് ചുവപ്പ്, വീർക്കൽ, വേദനാജനകമായ അവസ്ഥ എന്നിവ ഉണ്ടായേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ആദ്യ ദിവസവും, ഏഴാം ദിവസവും, തുടർന്ന് രണ്ടോ നാലോ ആഴ്ച കൂടുമ്പോൾ ഔട്ട് പേഷ്യന്റ് സന്ദർശനങ്ങൾ നടത്തുന്നു.

രോഗിയുടെ ലക്ഷണങ്ങളും IOP യും വിലയിരുത്തിയ ശേഷം, ചികിത്സിക്കുന്ന ഫിസിഷ്യനാണ് ആവർത്തിച്ചുള്ള നടപടിക്രമത്തിന്റെ ആവശ്യകത തീരുമാനിക്കുന്നത്.

സാധാരണയായി കാണപ്പെടുന്ന പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഇവയാണ്:

1. കണ്ണുവേദന
2. ചുവപ്പ്
3. കണ്ണിനുചുറ്റുമുള്ള വീക്കം
4. ആവർത്തിച്ചുള്ള ചികിത്സകളുടെ ആവശ്യകത
5. IOP കുറയ്ക്കുന്ന മരുന്നുകളുടെ ആവശ്യകത കുറയ്ക്കാൻ ഈ നടപടിക്രമത്തിന് കഴിഞ്ഞേക്കാം, എന്നിരുന്നാലും അവയിൽ ചിലത് ഒപ്റ്റിമൽ IOP നിലനിർത്താൻ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
6. അപൂർവ്വമായി കണ്ണ് ചെറുതാകുകയും വികലമാവുകയും ചെയ്യാം, അതായത് അഡ്രാഫിക് ബൾബിയിലേക്ക് പുരോഗമിക്കും.
7. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ കോർണിയ (കണ്ണിന്റെ കറുത്ത ഭാഗം) മങ്ങിയതോ വെളുത്തതോ ആയേക്കാം.
8. അപൂർവ്വമായി ചികിത്സിച്ചിട്ടില്ലാത്ത മെച്ചപ്പെട്ട കണ്ണിൽ (സിമ്പതെറ്റിക് ഒഫ്താൽമിയ) വീക്കം ഉണ്ടാകാം.
9. കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ

ഈ നടപടിക്രമം അയാൾക്ക്/അവൾക്ക് ഇതിനകം ലഭിച്ചതിനേക്കാൾ കൂടുതൽ കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്താൻ ഉദ്ദേശിച്ചുള്ളതല്ല എന്ന് രോഗി മനസ്സിലാക്കേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്.

മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വസ്തുതകളെക്കുറിച്ച് എന്നെ ബോധവൽക്കരിക്കുകയും നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യതയുള്ള ഗുണങ്ങളെയും സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങളെയും കുറിച്ച് എനിക്ക് കൗൺസിലിംഗ് നൽകുകയും ചെയ്തു. മുകളിൽ പറഞ്ഞവയെല്ലാം വിശദമായി പഠിച്ച ശേഷം, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നടപടിക്രമത്തിന് ഞാൻ എന്റെ പൂർണ്ണമായ സമ്മതം നൽകുന്നു.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്ത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

7. ട്രാബെക്കുലോട്ടമി, ട്രാബെക്കുലക്രമി

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

സൂചനകൾ, ഗുണങ്ങൾ, ബദലുകൾ

എന്റെ കുട്ടിക്ക് ഗ്ലോക്കോമ ഉണ്ടെന്ന് എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്, ചികിത്സിച്ചില്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കൂടുതലാണ്, ഇത് അന്ധതയിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം. ഗ്ലോക്കോമ എന്നാൽ കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കുന്നതിനെയാണ് സൂചിപ്പിക്കുന്നത്, കുട്ടികളിൽ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമാണ്. മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുന്നതിലും കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് തടയുന്നതിലും ഇത് മൂല്യവത്താകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. എന്റെ കുട്ടിയുടെ കണ്ണിലെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ സഹായിക്കുന്നതിന് ട്രാബെക്കുലോട്ടമി വിത്ത് ട്രാബെക്കുലക്രമി എന്ന ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമാണെന്ന് എന്റെ ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്, കാരണം ഈ മർദ്ദം ദീർഘനേരം ഉയരുന്നത് ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് കേടുപാടുകൾ വരുത്തുകയും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുകയും ഒടുവിൽ അന്ധതയിലേക്ക് നയിക്കുകയും ചെയ്യും. വിജയകരമാകുമ്പോൾ, ഈ നടപടിക്രമം രോഗിയുടെ കണ്ണുകളിലെ മർദ്ദം കുറയ്ക്കുകയും ഗ്ലോക്കോമ മൂലമുള്ള കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യും. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഉദ്ദേശ്യം മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുകയും രോഗിയുടെ കാഴ്ച നിലനിർത്തുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ്; ഗ്ലോക്കോമ മൂലം നഷ്ടപ്പെട്ട ഏതൊരു കാഴ്ചയും പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ കഴിയില്ല.

സങ്കീർണ്ണതകൾ

ഏതൊരു ശസ്ത്രക്രിയയെയും പോലെ, ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകളുണ്ട്. ഉദാഹരണത്തിന്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് രോഗിയുടെ കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ കഴിയാത്ത സാധ്യത എപ്പോഴും ഉണ്ട്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം മരുന്നുകളോ കൂടുതൽ നടപടിക്രമങ്ങളോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. സാധ്യമായ എല്ലാ സങ്കീർണ്ണതകളും ഈ ഫോമിൽ ഉൾപ്പെടുത്താൻ കഴിയില്ല, പക്ഷേ ശസ്ത്രക്രിയയിൽ നേരിടുന്ന അപകടസാധ്യതകളുടെ ഉദാഹരണങ്ങൾ താഴെ കൊടുക്കുന്നു. ഈ സങ്കീർണ്ണതകൾ ദിവസങ്ങൾ, ആഴ്ചകൾ, മാസങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ വർഷങ്ങൾക്ക് ശേഷം സംഭവിക്കാം. അവ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ അന്ധതയ്ക്കോ കാരണമാകും. അതിനാൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഇടയ്ക്കിടെയുള്ള ഫോളോ-അപ്പ് നിർബന്ധമാണ്.

പൂർണ്ണമായ രോഗശാന്തിക്ക് ശേഷവും, കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും മറ്റ് പ്രശ്നങ്ങൾ കണ്ടെത്തുന്നതിനും പതിവായി നേത്ര പരിശോധന ആവശ്യമാണ്. കൂടാതെ, കുട്ടിയുടെ കണ്ണ് വികസിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഒരു കണ്ണായതിനാൽ, കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം വേണ്ടത്ര നിയന്ത്രിച്ചതിനുശേഷവും ഒപ്റ്റിമൽ കാഴ്ച വർദ്ധനവ് ഉറപ്പാക്കാൻ അധിക വിലയിരുത്തലുകളും ചികിത്സയും ആവശ്യമാണ്.

ഗുരുതരമായ രോഗം കാരണം പലപ്പോഴും കുട്ടിയുടെ കണ്ണ് മങ്ങിയതോ വെളുത്തതോ ആകാം. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഇത് കണ്ടെക്കാം ചിലപ്പോൾ ഇത് പഴയപടിയാകാത്തതാണെങ്കിൽ കുട്ടിക്ക് കാഴ്ച ഉറപ്പാക്കാൻ കോർണിയ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സങ്കീർണതകൾ

1. .ഒന്നിലധികം ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വരുന്നതിലൂടെ (നേരത്തെയോ വൈകിയോ) കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കുന്നതിൽ പരാജയം.
2. കാഴ്ചശക്തി കുറഞ്ഞേക്കാം. തിമിരം ഉണ്ടാകാം, ഇത് കാഴ്ചശക്തി കുറയ്ക്കും, പക്ഷേ തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ ഇത് ചികിത്സിക്കാം.
3. ഗ്ലോക്കോമ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം വളരെ ഉയർന്നതോ വളരെ താഴ്ന്നതോ ആയ മർദ്ദം ഉണ്ടാകാം, അതിന് മറ്റ് ആവശ്യമായ ചികിത്സയോ ശസ്ത്രക്രിയയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
4. കണ്ണിൽ രക്തസ്രാവം
5. നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന ചുവപ്പും നേരിയ വേദനയും വിട്ടുമാറാത്ത വീക്കത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്നു.
6. കണ്ണിൽ തുടരുന്ന വീക്കം അല്ലെങ്കിൽ കരുക്കുരുപ്പ്.
7. ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയാലും, കണ്ണിലെ തുടർച്ചയായ ഡീജനറേറ്റീവ് മാറ്റങ്ങൾ മൂലം കാഴ്ച വഷളാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.
8. വേദന, ചുവപ്പ്, കാഴ്ചക്കുറവ് എന്നിവയ്ക്ക് കാരണമാകുന്ന അണുബാധ, ഇത് നേരത്തെയോ വളരെ വൈകിയോ സംഭവിക്കാം.
9. അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ, കാഴ്ച പൂർണ്ണമായും നഷ്ടപ്പെടാം.
10. ആന്റി-മെറ്റബോളൈറ്റുകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ - കോർണിയൽ വിഷാംശം, ബ്ലേബ് ചോർച്ചയ്ക്കുള്ള സാധ്യത, ബ്ലേബ് സംബന്ധമായ അണുബാധ.
11. ശസ്ത്രക്രിയ നടന്ന സ്ഥലത്ത് കണ്ണിലൂടെ മുകൾഭാഗത്ത് വെളുത്ത നിറത്തിലുള്ള വീക്കം കാണാം. അധിക ദ്രാവകം ഒഴുകുന്നത് ഇവിടെ നിന്നാണ്.
12. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം മുകളിലെ കണ്ണിലെ തൂങ്ങിക്കിടക്കൽ (ptosis) സംഭവിക്കാം.
13. കോർണിയൽ ഗ്രാഫ്റ്റിംഗ് ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വരുന്ന സ്ഥിരമായ കോർണിയൽ എഡിമ.

അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്, ഇതിൽ അനസ്തേഷ്യയുടെ സങ്കീർണതകളും ഉൾപ്പെടുന്നു. ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയുടെ വ്യവസ്ഥാപരമായ പാർശ്വഫലങ്ങൾ ജീവൻ ഭീഷണിയായ സങ്കീർണതകൾക്കും മരണത്തിനും സാധ്യതയുണ്ട്.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പുവെക്കുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

**ഒക്കുലോപ്റ്റി,
ഓർബിറ്റ്, ഒക്കുലാർ
ഓങ്കോളജി
ശസ്ത്രക്രിയകൾ**

D

1. ഇംപ്ലാന്റ് ഉപയോഗിച്ചുള്ള എവിസെറേഷൻ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....ഭാഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഭവനം:.....

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണ് കാഴ്ചശക്തിയില്ലാത്ത വേദനാജനകമായ ഒരു കണ്ണാണെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട് .

നേത്രഗോളത്തിന്റെ ഉള്ളിലുള്ളത് മുഴുവനും നീക്കം ചെയ്യുമെന്നും കണ്ണിന്റെ ഗോളാകൃതി നിലനിർത്താൻ ഒരു ഓർബിറ്റൽ ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്യേണ്ടിവരുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. പോറസ്, നോൺ-പോറസ് ഇംപ്ലാന്റുകൾ എന്നിങ്ങനെ രണ്ട് വിഭാഗങ്ങളായി വിഭജിച്ചിരിക്കുന്ന നിരവധി വസ്തുക്കളിൽ ഇംപ്ലാന്റ് ലഭ്യമാണ്. പോറസ് ഇംപ്ലാന്റ് എന്റെ കണ്ണ് സോക്കറ്റുകളിലെ ഫൈബ്രോവാസ്കുലർ ഘടനകളെ ഇംപ്ലാന്റിലേക്ക് വളരാൻ അനുവദിക്കുന്നു, അങ്ങനെ ഇംപ്ലാന്റ് പുറത്തേക്ക് തള്ളിവരുന്നത് (ഐ സോക്കറ്റിൽ നിന്ന്) കുറയ്ക്കുന്നു. എന്നിരുന്നാലും, ഈ ഇംപ്ലാന്റുകൾക്ക് പരുക്കൻ പ്രതലമുണ്ട്, ഇത് ഉയർന്ന എക്സ്പോഷർ നിരക്കിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം. മറുവശത്ത്, പോറസ് അല്ലാത്ത ഇംപ്ലാന്റുകൾക്ക് ഉയർന്ന എക്സ്പ്രൂഷൻ, മൈഗ്രേഷൻ നിരക്കും കുറഞ്ഞ എക്സ്പോഷർ നിരക്കും ഉണ്ട്. ജനറൽ/ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത് , ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമാകുന്ന കണ്ണിൽ എനിക്ക് കാഴ്ചശക്തി ഉണ്ടാകില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം സൗന്ദര്യവർദ്ധക ആവശ്യങ്ങൾക്കായി ഒരു കൃത്രിമ കണ്ണ് ധരിക്കേണ്ടിവരുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ ഓപ്പറേറ്റിംഗ് സർജൻ വിലയിരുത്തിയതുപോലെ, എന്റെ കണ്ണിന്റെ ഉള്ളിൽ കാര്യമായ അണുബാധയുണ്ടെന്ന് ക്ലിനിക്കലായി കണ്ടെത്തിയാൽ, ഒരു ഇംപ്ലാന്റ് സ്ഥാപിക്കാൻ കഴിയില്ലെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു . പിന്നീട് ഇംപ്ലാന്റ് സ്ഥാപിക്കുന്നതിന് രണ്ടാമത്തെ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ഈ പ്രക്രിയയുടെ സങ്കീർണതകളിൽ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ ഉൾപ്പെടുന്നു, അല്ലെങ്കിൽ അണുബാധ, രക്തസ്രാവം, എക്സ്പോഷർ, കുടിയേറ്റം അല്ലെങ്കിൽ ഇംപ്ലാന്റിന്റെ പുറംതള്ളൽ എന്നിവ പോലുള്ളവ ഉൾപ്പെടുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം മറ്റേ കണ്ണിനും സിംപതറിക്ക് ഒഫ്താൽമിയ രോഗം ബാധിച്ചേക്കാം, അതിന് അധിക ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ/ എന്റെ കുട്ടിയുടെ വലത്/ഇടത് കണ്ണ് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ ഡോ....., സ്റ്റാഫ്, അസോസിയേറ്റുകൾ അല്ലെങ്കിൽ സഹായികൾ ആയി അദ്ദേഹം /ഇൻസ്പിറ്റുട്ട് നിയോഗിക്കുന്നവരെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമേയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടേ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യയും അനസ്തെറ്റിക്സും

ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു .

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:
 രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:
 വിലാസം:

 ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:
 പേര്:
 വിലാസം:
 ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:
 പേര്:
 വിലാസം:
 ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

2. ഇംപ്ലാന്റ് ഉപയോഗിച്ചുള്ള ഇന്യുക്ടിയേഷൻ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ കണ്ണിൽ ഒരു വളർച്ചയോ ട്യൂമറോ ഉണ്ടെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്, അത് നീക്കം ചെയ്തില്ലെങ്കിൽ ശരീരത്തിന്റെ മറ്റ് ഭാഗങ്ങളിലേക്ക് വ്യാപിക്കുകയും എന്റെ/അവളുടെ/അവളുടെ ജീവൻ അപകടമുണ്ടാക്കുകയും ചെയ്തേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയയിൽ ഒപ്പ് നൽകുന്നവരുടെ ഒരു ഭാഗത്തോടൊപ്പം മുഴുവൻ നേത്രഗോളവും നീക്കം ചെയ്യുന്നതാണ് ഉൾപ്പെടുന്നത്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ, നഷ്ടപ്പെട്ട വോളിയം മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുന്നതിനായി ശുന്യമായ സോക്കറ്റിൽ ഒരു ഇംപ്ലാന്റ് സ്ഥാപിക്കും. പോസ്റ്റ്, നോൺ-പോസ്റ്റ് ഇംപ്ലാന്റുകൾ എന്നിങ്ങനെ രണ്ട് വിഭാഗങ്ങളായി വിശദമായി തിരിച്ചിരിക്കുന്ന നിരവധി വസ്തുക്കളിൽ ഇംപ്ലാന്റ് ലഭ്യമാണ്. പോസ്റ്റ് ഇംപ്ലാന്റ് എന്റെ കണ്ണ് സോക്കറ്റുകളിലെ ഫൈബ്രോവാസ്കുലർ ഘടനകളെ ഇംപ്ലാന്റിലേക്ക് വളരാൻ അനുവദിക്കുന്നു, അങ്ങനെ ഇംപ്ലാന്റ് എക്സ്ട്രൂഷൻ (ഐ സോക്കറ്റിൽ നിന്ന്) കുറയുന്നു. എന്നിരുന്നാലും, ഈ ഇംപ്ലാന്റുകൾക്ക് പരുക്കൻ പ്രതലമുണ്ട്, ഇത് ഉയർന്ന എക്സ്പോഷർ നിരക്കിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം. മറുവശത്ത്, പോസ്റ്റ് അല്ലാത്ത ഇംപ്ലാന്റുകൾക്ക് ഉയർന്ന എക്സ്ട്രൂഷൻ, മൈഗ്രേഷൻ നിരക്കും കുറഞ്ഞ എക്സ്പോഷർ നിരക്കും ഉണ്ട്. കുറച്ച് ആഴ്ചകൾക്ക് ശേഷം, എനിക്ക്/ എന്റെ കുട്ടിക്ക് സൗന്ദര്യവർദ്ധകമായി സ്വീകാര്യമായ ഒരു രൂപം നൽകുന്നതിന് ഒരു കൃത്രിമ കണ്ണ് ഘടിപ്പിക്കും.

ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ കണ്ണിലെ കാഴ്ച എന്നെന്നേക്കുമായി നഷ്ടപ്പെടും, ഭാവിയിൽ ദാതാവിന്റെ കണ്ണ് മാറ്റിവയ്ക്കുന്നതിലൂടെ അത് പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ കഴിയില്ല. ഹിസ്റ്റോപാത്തോളജിയിൽ അന്തിമ രോഗനിർണ്ണയം സ്ഥിരീകരിക്കും. ഹിസ്റ്റോപാത്തോളജിക്കൽ കണ്ടെത്തലുകളെ ആശ്രയിച്ച്, കീമോതെറാപ്പി അല്ലെങ്കിൽ റേഡിയോതെറാപ്പി രൂപത്തിൽ അധിക ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. വളരെ അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ, സംശയിക്കപ്പെടുന്ന മാർകർ ഹിസ്റ്റോപാത്തോളജിക്കൽ പരിശോധനയിൽ ഒരു പകർച്ചവ്യാധി അല്ലെങ്കിൽ ജന്മനാ ഉണ്ടാകുന്ന അവസ്ഥയാണെന്ന് കണ്ടെത്തിയേക്കാം.

രോഗനിർണ്ണയത്തിനായി ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെയോ സൂചിയുടെ സഹായത്തോടെയോ ഒരു ടിഷ്യൂ ക്ഷണം നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷനും അതിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു.

അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ, രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, ട്യൂമർ അപൂർണ്ണമായി നീക്കം ചെയ്യൽ, അല്ലെങ്കിൽ ആവർത്തിച്ചുള്ള രോഗം എന്നിവ ഉണ്ടാകാം.

ഇംപ്ലാന്റുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകളായ മൈഗ്രേഷൻ അല്ലെങ്കിൽ എക്സ്ട്രൂഷൻ, സോക്കറ്റ് ടിഷ്യൂകളുടെ സങ്കോചം എന്നിവ കൃത്രിമ കണ്ണ് ധരിക്കാൻ കഴിയാത്തതിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം. കൃത്രിമ കണ്ണിന് ഏറ്റവും മികച്ച സൗന്ദര്യാത്മക രൂപം നൽകാൻ എല്ലാ ശ്രമങ്ങളും നടത്തുമ്പോൾ, കൃത്രിമ കണ്ണിന്റെ നേത്രചലനങ്ങൾ സാധാരണ കണ്ണിന്റെ അത്ര മികച്ചതായിരിക്കണമെന്നില്ല.

കൃത്രിമ കണ്ണിന്റെ പരിചരണവും ശുചിത്വവും പ്രധാനമാണ്, ആവശ്യമെങ്കിൽ കൃത്രിമ കണ്ണ് മാറ്റിസ്ഥാപിക്കാൻ നിർദ്ദേശിക്കുന്നതാണ്.

എന്റെ/ എന്റെ കുട്ടിയുടെ വലത്/ഇടത് കണ്ണ് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ ഡോ....., സ്റ്റാഫ്, അസോസിയേറ്റുകൾ അല്ലെങ്കിൽ സഹായികൾ ആയി അദ്ദേഹം /ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് നിയോഗിക്കുന്നവരെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടേ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

അനസ്തേഷ്യ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യകൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

അത്തരം മരുന്നുകൾ, ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ, പ്ലാസ്മ അല്ലെങ്കിൽ രക്തപ്പകർച്ച അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ നടപടിക്രമങ്ങൾ എടുക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു.

എന്റെ/എന്റെ കുട്ടിയുടെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലാത്ത പക്ഷം, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഭരണണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ചിത്രങ്ങളോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ അവരുടെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഭരണണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

3. ഓർബിറ്റൽ എക്സെന്റേഷൻ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിനെ ചുറ്റിപ്പറ്റിയുള്ള ടിഷ്യുവായ ഓർബിറ്റലിലെ ഒരു മാതൃകമായ രോഗം/രോഗം എന്നെ ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. രോഗം നിയന്ത്രിക്കുന്നതിന് ജീവൻ രക്ഷിക്കാനുള്ള നടപടിയായി എനിക്ക് ഓർബിറ്റൽ എക്സെന്റേഷൻ നടത്തേണ്ടതുണ്ട്. ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നത്. നേത്രഗോളവും ചുറ്റുമുള്ള ടിഷ്യുക്കളും, കണ്ണിനോട് ചേർന്നുള്ള പേശികൾ, ഞരമ്പുകൾ, കൊഴുപ്പ് എന്നിവ ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യുന്നതാണ് ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നത് (ചികിത്സിക്കുന്ന രോഗത്തെ ആശ്രയിച്ചിരിക്കും അളവ്). രോഗശാന്തി പൂർത്തിയായിക്കഴിഞ്ഞാൽ, സൗന്ദര്യവർദ്ധക പുനരധിവാസത്തിനായി എനിക്ക് ഒരു കൃത്രിമ പ്രോത്സസിസ് ആവശ്യമായി വരും. നീക്കം ചെയ്യുന്ന ടിഷ്യു ഹിസ്റ്റോപാത്തോളജിക്കൽ പരിശോധനയ്ക്ക് അയയ്ക്കും. റിപ്പോർട്ടിനെ ആശ്രയിച്ച്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം എനിക്ക് കൂടുതൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സങ്കീർണതകൾ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ പോലുള്ളവയോ ആകാം.

- രക്തസ്രാവം
- അണുബാധ
- ആവർത്തിച്ചുള്ള അല്ലെങ്കിൽ അവശിഷ്ട രോഗം
- സൈനോ-ഓർബിറ്റൽ ഫിസ്റ്റ്യുല രൂപീകരണം,
- പെരി -ഓർബിറ്റൽ ചർമ്മത്തിന്റെ സങ്കോചം
- പുരികത്തിന്റെ വൈകല്യം
- അപൂർവ്വം സന്ദർഭങ്ങളിൽ സെറിബ്രോസ്പൈനൽ ദ്രാവക ചോർച്ച

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരോട് ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യയും അനസ്തെറ്റിക്സും ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു .

അത്തരം മരുന്നുകൾ, ഇൻഫുഷനുകൾ, പ്ലാസ്മ അല്ലെങ്കിൽ രക്തപ്പകർച്ച അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ നടപടിക്രമങ്ങൾ എടുക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു.

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. എന്നാൽ, ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

4. കോൺട്രാക്റ്റ് ചെയ്ത സോക്കറ്റ് / ചുരുങ്ങിയ സോക്കറ്റ്

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ/എന്റെ കുട്ടിയുടെ വലത്/ഇടത് സോക്കറ്റിലെ സങ്കോചം മൂലം ഞാൻ / എന്റെ കുട്ടി ബുദ്ധിമുട്ടുന്നുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് വിശദീകരിച്ചിരിക്കുന്നത്. എനിക്ക് / അവൻ / അവൾക്ക് ഒരു കൃത്രിമ കണ്ണ് ധരിക്കാൻ കഴിയുന്ന തരത്തിൽ സങ്കോചം ലഘൂകരിക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്. ജനറൽ അല്ലെങ്കിൽ ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത് . എന്റെ / അവന്റെ / അവളുടെ സങ്കോചമുള്ള സോക്കറ്റ് ശരിയാക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്നും കാഴ്ചയിൽ ഒരു പുരോഗതിയും ഉണ്ടാകില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

സങ്കീർണതകൾ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ അല്ലെങ്കിൽ ഇനിപ്പറയുന്നതുപോലുള്ളതോ ആകാം:

- ശസ്ത്രക്രിയാ മുറിവ് തുറന്നുപോകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.
- വിടവ്, അണുബാധ, ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം എന്നിവ ഉണ്ടാകാം.
- രക്തസ്രാവം
- മ്യൂക്കസ് മെംബ്രൻ ഗ്രാഫ്റ്റ്/ അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഡെർമിസ് ഫ്ലാപ്പ് ഗ്രാഫ്റ്റ് പോലുള്ള ഒരു ഗ്രാഫ്റ്റ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചത്:
 - a. ഗ്രാഫ്റ്റ് റിജക്ഷൻ, അണുബാധ, സങ്കോചം അല്ലെങ്കിൽ ഫൈബ്രോസിസ് എന്നിവ ഉണ്ടാകാം.
 - b. ഗ്രാഫ്റ്റിന്റെ അസെപ്റ്റിക് ക്ലീനിംഗ് പതിവായി നടത്തണം.
 - c. മ്യൂക്കസ് മെംബ്രൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് എന്നത് ചുണ്ടിന്റെയോ ആവരണത്തിന്റെയോ മ്യൂക്കോസയാണ്. പതിവായുള്ള ശുചിത്വത്തിന്റെ പ്രാധാന്യത്തെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.
 - d. ഡെർമിസ് ഫ്ലാപ്പ് ഗ്രാഫ്റ്റ് ആണെങ്കിൽ, ഗ്രാഫ്റ്റ് സൈറ്റ് എന്റെ നിതംബത്തിന്റെയോ അല്ലെങ്കിൽ വയറിലെ ഭാഗമായിരിക്കും, ദാതാവിന്റെ സ്ഥലത്തെ ശുചിത്വത്തിന്റെ പ്രാധാന്യം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.
- ഫോർണിക്സ് രൂപീകരണ തുന്നലുകൾ 3 ആഴ്ചകൾക്ക് ശേഷം നീക്കം ചെയ്യും .
- ഞാൻ/ അവൻ/അവൾ 2 മാസത്തേക്ക് ഒരു കൺഫോർമർ ധരിക്കേണ്ടതുണ്ട്.
- 2 മാസത്തിനുശേഷം എനിക്ക്/ അവൻ/അവൾക്ക് ഒരു കൃത്രിമ കണ്ണ് നൽകും. കൃത്രിമ കണ്ണ് വേണ്ടത്ര പിടിച്ചിരിക്കാതിരിക്കാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്.
- വളരെ കുറഞ്ഞ നേത്ര ചലനങ്ങൾ മാത്രമേ ഉണ്ടാകൂ.
- സോക്കറ്റ് പുനർനിർമ്മാണം പരാജയപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കുടുതലാണ്, സോക്കറ്റ് ഉപരിതല വിസ്തീർണ്ണവും വ്യാപ്തവും വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് ഒന്നിലധികം ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടെ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

5. സെക്ഷൻഡറി ഓർബിറ്റൽ ഇംപ്ലാന്റ്

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ / എന്റെ കുട്ടി എന്റെ / അവന്റെ / അവളുടെ വലത് / ഇടത് സോക്കറ്റിൽ വ്യാപ്തം നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനാൽ കഷ്ടപ്പെടുന്നുവെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. കൃത്രിമ കണ്ണിന്റെ കുഴിഞ്ഞ രൂപം കുറയ്ക്കുന്നതിനായി വ്യാപ്തം വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്. കൃത്രിമ കണ്ണിന് ഇരിക്കാൻ ഇടം സൃഷ്ടിക്കുന്ന ഗ്രാഫ്റ്റുകളും fornix രൂപീകരണ തുന്നലുകളും സ്ഥാപിക്കുന്നതിലൂടെ എന്റെ കണ്ണിലെ സോക്കറ്റിലെ ഉപരിതല വിസ്തീർണ്ണം നഷ്ടപ്പെടുന്നത് ശരിയാക്കേണ്ടതും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയ ജനറൽ അല്ലെങ്കിൽ ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് നടത്തുന്നത്. എന്റെ / അവന്റെ / അവളുടെ സോക്കറ്റിന്റെ വ്യാപ്തം നഷ്ടപ്പെടുന്നത് പരിഹരിക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്നും കാഴ്ചയിൽ ഒരു നേട്ടവും ഉണ്ടാകില്ലെന്നും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ, നഷ്ടപ്പെട്ട വ്യാപ്തം മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുന്നതിന് ശുന്യമായ സോക്കറ്റിൽ ഒരു ഇംപ്ലാന്റ് സ്ഥാപിക്കും. പോറസ്, നോൺ-പോറസ് ഇംപ്ലാന്റുകൾ എന്നിങ്ങനെ രണ്ട് വിഭാഗങ്ങളായി വിഭജിച്ചിരിക്കുന്ന നിരവധി വസ്തുക്കളിൽ ഇംപ്ലാന്റ് ലഭ്യമാണ്. പോറസ് ഇംപ്ലാന്റ് എന്റെ കണ്ണിലെ സോക്കറ്റുകളുടെ ഫൈബ്രോവാസ്കുലർ ഘടനകളെ ഇംപ്ലാന്റിലേക്ക് വളരാൻ അനുവദിക്കുന്നു, അതിനാൽ ഇംപ്ലാന്റ് എക്സ്ട്രൂഷൻ (ഐ സോക്കറ്റിൽ നിന്ന്) മൈഗ്രേഷൻ നിരക്ക് കുറവാണ്. എന്നിരുന്നാലും, ഈ ഇംപ്ലാന്റുകൾക്ക് ഒരു പരുക്കൻ പ്രതലമുണ്ട്, അത് ഉയർന്ന എക്സ്പോഷർ നിരക്കിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം. മറുവശത്ത്, നോൺ-പോറസ് ഇംപ്ലാന്റുകൾക്ക് ഉയർന്ന എക്സ്ട്രൂഷൻ, മൈഗ്രേഷൻ നിരക്ക്, കുറഞ്ഞ എക്സ്പോഷർ നിരക്ക് എന്നിവയുണ്ട്. സങ്കീർണതകൾ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ അല്ലെങ്കിൽ ഇനിപ്പറയുന്നവ പോലുള്ളവയോ ആകാം:

- ശസ്ത്രക്രിയാ മുറിവ് വേർപെട്ടുപോകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്.
- ഇംപ്ലാന്റ് എക്സ്പോഷർ, എക്സ്ട്രൂഷൻ, മൈഗ്രേഷൻ
- രക്തസ്രാവം
- മ്യൂക്കസ് മെംബ്രൻ ഗ്രാഫ്റ്റ്/ അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഡെർമിസ് ഫ്ലാപ്പ് ഗ്രാഫ്റ്റ് പോലുള്ള ഒരു ഗ്രാഫ്റ്റ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചത്:
 - a. ഗ്രാഫ്റ്റ് നിജക്ഷൻ, അണുബാധ, സങ്കോചം അല്ലെങ്കിൽ ഫൈബ്രോസിസ് എന്നിവ ഉണ്ടാകാം.
 - b. ഗ്രാഫ്റ്റിന്റെ പതിവ് അസെപ്റ്റിക് ക്ലിനിംഗ് നടത്തണം. മ്യൂക്കസ് മെംബറേൻ ഗ്രാഫ്റ്റിന്റെ കാര്യത്തിൽ ദാതാവിന്റെ സ്ഥലം വായിലെ അല്ലെങ്കിൽ ചുണ്ടിലെ മ്യൂക്കോസയാണ്. ശുചിത്വത്തിന്റെ പ്രാധാന്യവും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.
 - c. ഡെർമിസ് ഫ്ലാപ്പ് ഗ്രാഫ്റ്റ് ആണെങ്കിൽ, ഗ്രാഫ്റ്റ് സൈറ്റ് എന്റെ നിതംബം അല്ലെങ്കിൽ വയറിലെ ഭാഗമായിരിക്കും, ദാതാവിന്റെ സ്ഥലത്തെ ശുചിത്വത്തിന്റെ പ്രാധാന്യം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.
- Fornix രൂപീകരണ തുന്നലുകൾ 3 ആഴ്ചകൾക്ക് ശേഷം നീക്കം ചെയ്യും .

- ഞാൻ/ അവൻ/അവൾ 1-2 മാസത്തേക്ക് ഒരു കൺഫോർമർ ധരിക്കേണ്ടതുണ്ട്.
- 2 മാസത്തിനുശേഷം എനിക്ക്/ അവൻ/അവൾക്ക് ഒരു കൃത്രിമ കണ്ണ് നൽകും. കൃത്രിമ കണ്ണ് വേണ്ടത്ര ഘടിപ്പിക്കാതിരിക്കാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്.
- വളരെ കുറഞ്ഞ നേത്ര ചലനങ്ങൾ മാത്രമേ ഉണ്ടാകൂ.
- സോക്കറ്റ് പുനർനിർമ്മാണം പരാജയപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കൂടുതലാണ്, സോക്കറ്റ് ഉപരിതല വിസ്തീർണ്ണവും വ്യാപ്തവും വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് ഒന്നിലധികം ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടേ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

6. ഓർബിറ്റൽ ഫാറ്റ് ട്രാൻസ്ഫർ

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ / എന്റെ കുട്ടിക്ക് എന്റെ / അവന്റെ / അവളുടെ വലത് / ഇടത് സോക്കറ്റിൽ വ്യാപ്തം നഷ്ടപ്പെടുന്നുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. കൃത്രിമ കണ്ണിന്റെ കുഴിഞ്ഞ രൂപം കുറയ്ക്കുന്നതിനായി വ്യാപ്തം വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്. കൃത്രിമ കണ്ണിന് ഇരിക്കാൻ ഇടം സൃഷ്ടിക്കുന്ന ഗ്രാഫ്റ്റുകളും fornix രൂപീകരണ തുന്നലുകളും സ്ഥാപിച്ച് എന്റെ കണ്ണിലെ വ്യാപ്തം നഷ്ടപ്പെടുന്നത് പരിഹരിക്കേണ്ടതും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ജനറൽ അല്ലെങ്കിൽ ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്. എന്റെ / അവന്റെ / അവളുടെ വ്യാപ്തം നഷ്ടപ്പെടുന്നത് പരിഹരിക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്നും കാഴ്ചയിൽ ഒരു നേട്ടവും ഉണ്ടാകില്ലെന്നും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ, വയറിലെ / നിതംബത്തിലെ / തുടയിലെ / കൈകളിലെ ഭാഗങ്ങളിൽ നിന്ന് ഫ്രീ ഫാറ്റ് ഗ്രാഫ്റ്റ് എടുത്ത് നഷ്ടപ്പെട്ട വ്യാപ്തം മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുന്നതിനായി ഒഴിഞ്ഞ സോക്കറ്റിൽ സ്ഥാപിക്കും. സങ്കീർണതകൾ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ മറ്റുള്ളവയോ ആകാം:

- രക്തസ്രാവം
- അണുബാധ
- ചതവ്
- ചർമ്മ സംവേദനക്ഷമതയിൽ മാറ്റം വന്നേക്കാം, അത് നിലനിൽക്കും
- ഞരമ്പുകൾ, രക്തക്കുഴലുകൾ, പേശികൾ, ശ്വാസകോശങ്ങൾ, ഉദര അവയവങ്ങൾ തുടങ്ങിയ ആഴത്തിലുള്ള ഘടനകൾക്ക് കേടുപാടുകൾ
- ഡീപ് വെയ്ൻ ട്രോംബോസിസ്, ഹൃദയ, ശ്വാസകോശ സങ്കീർണതകൾ
- നീർക്കെട്ട്
- അണുബാധ
- അസമത്വം (asymmetry).
- ശ്വാസകോശത്തിലേക്കും തലച്ചോറിലേക്കും കുടിയേറാൻ സാധ്യതയുള്ള കൊഴുപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ രക്തം കട്ടപിടിക്കൽ
- മൂക്കുനീർ മെംബ്രൻ ഗ്രാഫ്റ്റ്/ അമ്നിയോട്ടിക് മെംബ്രൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഡെർമിസ് ഫാറ്റ് ഗ്രാഫ്റ്റ് പോലുള്ള ഒരു ഗ്രാഫ്റ്റ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചത്:
 - a. ഗ്രാഫ്റ്റ് റിജക്ഷൻ, അണുബാധ, സങ്കോചം അല്ലെങ്കിൽ ഫൈബ്രോസിസ് എന്നിവ ഉണ്ടാകാം.
 - b. ഗ്രാഫ്റ്റിന്റെ അസെപ്റ്റിക് ക്ലിനിംഗ് പതിവായി നടത്തണം. ദാതാവിന്റെ സ്ഥലം, ഒരു സാഹചര്യത്തിൽ

മ്യൂക്കസ് മെംബ്രൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് എന്നത് ചുണ്ടിന്റെയോ ആവരണത്തിന്റെയോ മ്യൂക്കോസയാണ്. പതിവ് വാക്കാലുള്ള ശുചിത്വത്തിന്റെ പ്രാധാന്യത്തെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.

c. ഡെർമിസ് ഫാറ്റ് ഗ്രാഫ്റ്റ് ആണെങ്കിൽ, ഗ്രാഫ്റ്റ് സൈറ്റ് എന്റെ നിതംബത്തിന്റെയോ അല്ലെങ്കിൽ വയറിലെ ഭാഗമായിരിക്കും, ദാതാവിന്റെ സ്ഥലത്തെ ശുചിത്വത്തിന്റെ പ്രാധാന്യം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.

- Fornix രൂപീകരണ തുന്നലുകൾ 3 ആഴ്ചകൾക്ക് ശേഷം നീക്കം ചെയ്യും .
- ഞാൻ/ അവൻ/അവൾ 1-2 മാസത്തേക്ക് ഒരു കൺഫോർമർ ധരിക്കേണ്ടതുണ്ട്.
- 2 മാസത്തിനുശേഷം എനിക്ക്/ അവൻ/അവൾക്ക് ഒരു കൃത്രിമ കണ്ണ് നൽകും. കൃത്രിമ കണ്ണ് വേണ്ടത്ര ഘടിപ്പിക്കാതിരിക്കാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്.
- വളരെ കുറഞ്ഞ നേത്ര ചലനങ്ങൾ മാത്രമേ ഉണ്ടാകൂ.
- സോക്കറ്റ് പുനർനിർമ്മാണം പരാജയപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കൂടുതലാണ്, സോക്കറ്റ് ഉപരിതല വിസ്തീർണ്ണവും വ്യാപ്തവും വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് ഒന്നിലധികം ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമേയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരോട് ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെപ്രത്യേകിച്ച്ബാധിക്കുന്നഅപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച്ചർച്ചചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നുംപ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....
.....
തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

7. എൻഡ്രോപിയോൺ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിന്റെ മുകളിലെ/താഴെയുള്ള കണ്പോളയിൽ ഉള്ളിലേക്ക് മറിഞ്ഞിരിക്കുന്ന ഒരു വൈകല്യമുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. എന്റെ കണ്പോളയിലെ വൈകല്യം ശരിയാക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്നും എന്റെ കാഴ്ചയിൽ ഒരു പുരോഗതിയും ഉണ്ടാകില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണ്ണതകളും അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ മറ്റ് സങ്കീർണ്ണതകളോ ആകാം:

- ശസ്ത്രക്രിയാ മുറിവിലെ അണുബാധയും വിടവും
- ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം
- കണ്പോളയിലെ നീർക്കെട്ട്
- കോർണിയയിലെ വീക്കം, പരിക്ക്, അൾസർ എന്നിവയ്ക്കുള്ള സാധ്യത
- രക്തസ്രാവവും രക്തക്കുഴലുകളുടെ രൂപീകരണവും
- അമിതമായ നീര് / കണ്ണ് വരൾച്ച
- ലിഡ് മാർജിനിലെ കേടുപാടുകൾ
- കണ്പീലികളുടെ നഷ്ടം
- മൂടി തുങ്ങിക്കിടക്കുന്നതും മൂടി പിൻവലിക്കുന്നതും.
- വൈകല്യം ശരിയാക്കാൻ ഒരു സ്കിൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നത്:

- a. എന്റെ കണ്പോളയുടെ നീളം കുട്ടാൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് സ്ഥാപിക്കാവുന്നതാണ്. ചുണ്ട്, വായിലെ തൊലി, അണ്ണാക്ക്, ചെവിക്ക് പിന്നിലോ മുകളിൽ നിന്നോ ഉള്ള തരുണാസ്ഥി എന്നിവയിൽ നിന്നും ഗ്രാഫ്റ്റ് എടുക്കാം. ഇടയ്ക്കിടെ, ദാതാവിന്റെ കണ്ണിലെ സ്ക്ലീറ ഒരു ഗ്രാഫ്റ്റ് മെറ്റീരിയലായി ഉപയോഗിക്കാം.
- b. ഗ്രാഫ്റ്റ് റിജക്ഷൻ, അണുബാധ, സങ്കോചം അല്ലെങ്കിൽ ഫൈബ്രോസിസ് എന്നിവ ഉണ്ടാകാം.
- c. ഗ്രാഫ്റ്റ് എടുക്കുന്ന ഭാഗത്ത് വിടവ് ഉണ്ടാകുകയോ അണുബാധ ഉണ്ടാകുകയോ ചെയ്തേക്കാം, അതിനാൽ ദാതാവിന്റെ ഭാഗത്ത് പതിവായി അണുവിമുക്ത വൃത്തിയാക്കൽ ആവശ്യമാണ്.
- d. ടാർസോറാഫി ഗ്രാഫ്റ്റ് ചുരുങ്ങുന്നത് തടയാൻ (കണ്പോളകളുടെ സ്ഥാനം) 3-6 മാസം വരെ നിലനിർത്തേണ്ടി വന്നേക്കാം.

റീസൂച്ചറിങ് അണ്ടർ കറക്ഷൻ, ഓവർ കറക്ഷൻ, പുനർ ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവയുടെ സാധ്യതകൾ പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്പോളയുടെ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ,

അദ്ദേഹം/ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് സ്റ്റാഫ്, അസോസിയേറ്റുകൾ അല്ലെങ്കിൽ സഹായികൾ ആയി നിയമിക്കുന്നവരെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടേ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യയും അനസ്തെറ്റിക്സും ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു .

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു, എന്നാൽ ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്ത ഏതെങ്കിലും ടിഷ്യൂകളോ ഭാഗങ്ങളോ സ്ഥാപനത്തിന് പതിവ് രീതി അനുസരിച്ച് നീക്കം ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

8. എക്സക്യൂട്ടീവ്

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ കൺപോള പുറത്തേക്ക് മറിഞ്ഞിരിക്കുന്ന ഒരു വൈകല്യം ഉണ്ടെന്ന് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. എന്റെ കൺപോളയിലെ വൈകല്യം ശരിയാക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്നും എന്റെ കാഴ്ചയിൽ ഒരു പുരോഗതിയും ഉണ്ടാകില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണ്ണതകളും അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ മറ്റ് സങ്കീർണ്ണതകളോ ആകാം:

- ശസ്ത്രക്രിയാ മുറിവിലെ അണുബാധയും വിടവും
- തുന്നൽ eroscon, അണുബാധ, ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം
- പോള നീര് / പാട് രൂപീകരണം
- കോർണിയയിലെ വീക്കം, പരിക്ക്, അൾസർ എന്നിവയ്ക്കുള്ള സാധ്യത
- രക്തസ്രാവവും ഹെമറ്റോമ രൂപീകരണവും
- അമിതമായ നീര് / കണ്ണ് വരൾച്ച
- ലിഡ് മാർജിനിലെ കേടുപാടുകൾ
- കണ്പീലികളുടെ നഷ്ടം
- മുടി തുങ്ങിക്കിടക്കൽ
- മുടി പിൻവലിക്കൽ
- അമിത തിരുത്തൽ, കുറവ് തിരുത്തൽ അല്ലെങ്കിൽ പുനർ ശസ്ത്രക്രിയ
- വൈകല്യം ശരിയാക്കാൻ ഒരു സ്കിൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
- ഗ്രാഫ്റ്റ് റിജക്ഷൻ, അണുബാധ, സങ്കോചം കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ ഫൈബ്രോസിസ് എന്നിവ ഉണ്ടാകാം.
- ഗ്രാഫ്റ്റ് സൈറ്റിന്റെ പതിവ് അസെപ്റ്റിക് ക്ലീനിംഗ് നടത്തേണ്ടതുണ്ട്.
- സ്കിൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് ചെയ്യുന്ന ദാതാവിന്റെ സ്ഥലത്ത് അണുബാധ ഉണ്ടാകാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു, കൂടാതെ പതിവായി മുറിവ് വൃത്തിയാക്കേണ്ടതിന്റെ പ്രാധാന്യവും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു.

എന്റെ വലത്/ഇടത് കൺപോളയുടെ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ, അദ്ദേഹം/ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് സ്റ്റാഫ്, അസോസിയേറ്റുകൾ അല്ലെങ്കിൽ സഹായികൾ ആയി നിയമിക്കുന്നവരെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണ്ണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത

സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാർക്ക് ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യയും അനസ്തെറ്റിക്സും ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു .

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ടെലിവിഷനിൽ സംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. എന്നാൽ, ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്ത ഏതെങ്കിലും ടിഷ്യൂകളോ ഭാഗങ്ങളോ സ്ഥാപനത്തിന് പതിവ് രീതി അനുസരിച്ച് നീക്കം ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്ത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

9. ട്രാസിംഗ് ശസ്ത്രക്രിയ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ലോക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ എന്റെ R/ L/ രണ്ട് കണ്പോളുകളും തുടങ്ങിക്കൊണ്ടിരിക്കുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് വിശദീകരിച്ചിരിക്കുന്നത് .

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ, ഇനിപ്പറയുന്ന സാധ്യതകൾ ഉണ്ടാകാം:

- പുനർ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന കുറവ് തിരുത്തൽ അല്ലെങ്കിൽ അമിത തിരുത്തൽ
- നീര്, വീക്കം, അണുബാധ
- കണ്ണ് പൂർണ്ണമായും അടയ്ക്കാൻ കഴിയാത്ത അവസ്ഥ
- താഴെക്ക് നോക്കുമ്പോൾ ലിഡ് ലാഗ് ആകുന്നത് സ്ക്ലൈറൽ ഷോയിലേക്ക് നയിക്കുന്നു.
- കോർണിയൽ എക്സ്പോഷറും കെരാട്ടോപ്പതിയും
- നേത്രഗോളത്തിന്റെ/ഗോളത്തിന്റെ ഉപരിതലത്തിലുണ്ടാകുന്ന പരിക്ക്
- കണ്പീലികൾ കണ്ണുകളിൽ നിന്ന് അകന്നുപോകുന്നതിനു പകരം കണ്ണുകളിലേക്ക് ചൂണ്ടിയേക്കാവുന്ന തെറ്റായ ദിശ.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷമുള്ള ആദ്യഘട്ടത്തിൽ മങ്ങിയ കാഴ്ച അല്ലെങ്കിൽ ഇരട്ട കാഴ്ച
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം ആദ്യത്തെ കുറച്ച് ദിവസങ്ങളിൽ കണ്ണുകളിൽ നിന്ന് വെള്ളം വരിക
- മുറിവേറ്റ സ്ഥലത്ത് പാടുകൾ
- കണ്പോളുകളുടെ മടക്കിന്റെ അസമത്വം

ഫോഷ്യാലാറ്റ ഉപയോഗിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, എന്റെ വലത്/ഇടത് കാലിൽ നിന്ന് ടിഷ്യൂ എടുക്കും, ദാതാവിന്റെ സ്ഥലത്ത് ഒരു മുറിവുണ്ടാക്കും.

മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വസ്തുതകൾ അറിഞ്ഞുകൊണ്ട്, എന്റെ വലത്/ ഇടത്/ രണ്ട് കണ്പോളുകളുടെയും പ്ലോസിംഗ് ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടേ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യയും അനസ്തെറ്റിക്സും

ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു .

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ടെലിവിഷനിൽ സംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. എന്നാൽ, ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്ത ഏതെങ്കിലും ടിഷ്യൂകളോ ഭാഗങ്ങളോ സ്ഥാപനത്തിന് പതിവ് രീതി അനുസരിച്ച് നീക്കം ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

10. ബ്ലേഫറോപ്റ്റി

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

അസുഖത്തെക്കുറിച്ച് വിവരിച്ചിട്ടുണ്ട് . എല്ലാ ഓപ്ഷനുകളിലും, നിലവിൽ ഈ ശസ്ത്രക്രിയയാണ് ഏറ്റവും സ്വീകാര്യമായ ഓപ്ഷൻ എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ (വലത്/ഇടത്) കണ്പോള ശസ്ത്രക്രിയ അസെപ്റ്റിക് സാഹചര്യങ്ങളിൽ ലോക്കൽ/ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്തുമെന്ന് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട് .

മുകളിലെയും/അല്ലെങ്കിൽ താഴെയുമുള്ള കണ്പോളകളുടെ തൊലി, പേശി, കൊഴുപ്പ് എന്നിവ നീക്കം ചെയ്യുകയോ പുനഃസ്ഥാപിക്കുകയോ ചെയ്താണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്. മുകളിലെ കണ്പോളയിൽ, മുറിവുണ്ടാക്കി കണ്പോളകളുടെ സ്വാഭാവിക മടക്കിൽ മറയ്ക്കും. താഴത്തെ കണ്പോളയ്ക്ക്, കണ്പോളകൾക്ക് തൊട്ടുതാഴെയുള്ള ചർമ്മത്തിലൂടെയോ കൺജക്റ്റിവ എന്നറിയപ്പെടുന്ന കണ്പോളയുടെ നനഞ്ഞ ആന്തരിക ഉപരിതലത്തിലൂടെയോ ഒരു മുറിവുണ്ടാക്കാം.

അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ , രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം, ആവർത്തിച്ചുള്ള/അവശിഷ്ട രോഗം, കണ്പോളകളുടെ തകരാറുകൾ (എൻഡ്രോപിയോൺ / എക്സോപിയോൺ / നോച്ചിംഗ് മുതലായവ), വടുക്കൾ, Scar ഹൈപ്പർട്രോഫി/കെലോയിഡ്, കണ്ണ് പൂർണ്ണമായും അടയ്ക്കാൻ കഴിയാത്തത്, കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലം തുറന്നുകാണിക്കുന്നതിന്റെ ഫലമായുണ്ടാകുന്ന വരൾച്ച, താഴത്തെ കണ്പോള പിൻവലിക്കൽ, മുകളിലെ കണ്പോള തുങ്ങൽ, കണ്പോളകളുടെ മടക്കുകളുടെ അസാധാരണത്വം, അമിതമായ തിരുത്തൽ അല്ലെങ്കിൽ തിരുത്തലിന്റെ അഭാവം, canthal തകരാറ്, ഇരട്ട കാഴ്ച എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്ന സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും ചർച്ച ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ എല്ലാ അനന്തരഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ നൽകിയ വിശദീകരണങ്ങളിൽ ഞാൻ സംതൃപ്തനാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും നാശനഷ്ടങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി / ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ (കൾ) ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല. ഏതെങ്കിലും ദൗർഭാഗ്യകരമായ അപകടം (കൾ) ഉണ്ടായാൽ, ഞാൻ നീഫണ്ട് / നഷ്ടപരിഹാരം ആവശ്യപ്പെടില്ല. അത്തരം എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, ആശുപത്രി ഭരണകൂടത്തിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും. സ്വമേധയാ ഞാൻ ഈ കരാറിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

11. കൺപോള പുനർനിർമ്മാണം

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ (വലത്/ഇടത്) കൺപോള രോഗത്തെക്കുറിച്ചും അതിന്റെ സാധ്യമായ ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദമായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ലഭ്യമായ എല്ലാ ഓപ്ഷനുകളിലും, നിലവിൽ ഇതാണ് ഏറ്റവും സ്വീകാര്യമായ ഓപ്ഷൻ എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. അസെപ്റ്റിക് സാഹചര്യങ്ങളിൽ ലോക്കൽ/ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ എന്റെ (വലത്/ഇടത്) കൺപോള പുനർനിർമ്മാണം നടത്തുമെന്നും ആവശ്യമെങ്കിൽ ട്യൂമർ രഹിത കൺപോള മാർജിൻ മാർജിൻ ക്ലിയറൻസിനായി ഒരു പാത്തോളജിസ്റ്റിന് പ്രോസസ്സ് സെക്ഷൻ വിലയിരുത്തലിനായി അയയ്ക്കുമെന്നും എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

താഴെപ്പറയുന്ന രീതികളിൽ ഒന്നോ അതിലധികമോ/ എല്ലാം ഉപയോഗിച്ചാണ് പുനർനിർമ്മാണം നടത്തുക.

സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും (പൊതുവായത്/നിർദ്ദിഷ്ടം) ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്:

- സ്കിൻ ഗ്രാഫ്റ്റ്/ ഫ്ലാപ്പ്/ രണ്ടും- ഒന്നോ രണ്ടോ ഘട്ട നടപടിക്രമം, ദാതാവിന്റെ സ്ഥലത്തെ രോഗാവസ്ഥ, നിറവ്യത്യാസം , നെക്രോസിസ്, പിഗ്മെന്റേഷൻ, താൽക്കാലിക ടാർസോറാഫി ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. (കൺപോളകളുടെ സ്ഥാനം).
- മ്യൂക്കസ് മെംബ്രൺ ഗ്രാഫ്റ്റ്- വായിലുള്ള ശുചിത്വം ആവശ്യമാണ്, ജനറൽ അനസ്തേഷ്യ സമയത്ത് തൊണ്ട പായ്ക്ക്, ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കാലയളവിൽ മൃദുവായ/ദ്രാവക/അർദ്ധ-ഖര ഭക്ഷണക്രമം, വായിൽ അൾസർ/ വടുക്കൾ എന്നിവയ്ക്ക് കാരണമായേക്കാം .
- ത്വക്ക് കൊഴുപ്പ് ഗ്രാഫ്റ്റ് - ദാതാവിന്റെ സ്ഥലത്തെ രോഗാവസ്ഥ, നെക്രോസിസ്
- തരുണാസ്ഥി ഗ്രാഫ്റ്റ് - ദാതാവിന്റെ സ്ഥലത്തെ രോഗാവസ്ഥ, നെക്രോസിസ്, കൃഷ്ണമണിക്ക് പരിക്ക്
- കൺപോളയിലെ ട്യൂമർ/ ക്ഷതം നീക്കം ചെയ്യൽ- ആവർത്തനം/ അവശിഷ്ട ട്യൂമർ , പ്രോസസ്സ് സെക്ഷൻ ടെക്നിക്/ മാപ്പ് ബയോപ്സി/ രണ്ടും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
- പൊതുവായ സങ്കീർണതകൾ-അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ, രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം, ആവർത്തനം/അവശിഷ്ട രോഗം, കൺപോളകളുടെ തകരാറുകൾ (എൻഡ്രോപിയോൺ / എക്സോപിയോൺ / നോച്ചിംഗ് മുതലായവ), വടുക്കൾ, scar ഹൈപ്പർട്രോഫി/കെലോയിഡ്, കൺജക്റ്റീവയ്ക്ക് താഴെ! രക്തസ്രാവം .

ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ എല്ലാ അനന്തരഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ നൽകിയ വിശദീകരണങ്ങളിൽ ഞാൻ സംതൃപ്തനാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും നാശനഷ്ടങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി/ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല. ഏതെങ്കിലും ദുർഭാഗ്യകരമായ അപകടം (അപകടങ്ങൾ) ഉണ്ടായാൽ, ഞാൻ നീഫണ്ട്/നഷ്ടപരിഹാരം അവകാശപ്പെടില്ല. അത്തരം എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, ആശുപത്രി ഭരണകൂടത്തിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും. സ്വമേധയാ ഞാൻ ഈ കരാറിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....
വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....
വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

12. മുറിവ് ഡീബ്രൈഡ്മെന്റ് ഉപയോഗിച്ചോ അല്ലാതെയോ കൺപോളകളുടെ കീറൽ നന്നാക്കൽ (അന്യവസ്തുക്കൾ നീക്കം ചെയ്തോ അല്ലാതെയോ)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:.....

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ (വലത്/ഇടത്/രണ്ടും) കൺപോളകളുടെ മുറിവുകളെക്കുറിച്ചും അതിന്റെ സാധ്യമായ ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദമായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ ഓപ്ഷനുകളിലും, നിലവിൽ ഈ ശസ്ത്രക്രിയയാണ് ഏറ്റവും സ്വീകാര്യമായ ഓപ്ഷൻ എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ (വലത്/ഇടത്/രണ്ടും) കൺപോളകളുടെ ശസ്ത്രക്രിയ അസെപ്റ്റിക് സാഹചര്യങ്ങളിൽ ലോക്കൽ/ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്തുമെന്ന് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

കൺപോളകളുടെ കലകളെ അവയുടെ സാധാരണ ശരീരഘടനാ സ്ഥാനത്ത് പുനഃസ്ഥാപിച്ചുകൊണ്ടാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പ്രാഥമിക ലക്ഷ്യം കൺപോളകളുടെ സാധാരണ കോണ്ടൂർ കഴിയുന്നത്ര മികച്ച രീതിയിൽ പുനർനിർമ്മിക്കാൻ ശ്രമിച്ചുകൊണ്ട് കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലം മൂടുക എന്നതാണ് എന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന ട്യൂബുകൾ മുറിഞ്ഞിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ഒരു ഇൻട്രൂബേഷൻ ട്യൂബ് ഉപയോഗിച്ച് ട്യൂബ് കാമ്പുലേറ്റ് ചെയ്യാൻ ശ്രമിക്കുമെന്നും പിന്നീട് ഈ ട്യൂബ് നീക്കം ചെയ്യേണ്ടതുണ്ടെന്നും എന്നോട് പറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ ടിഷ്യൂ നഷ്ടം കണ്ടെത്തിയാൽ, ചുറ്റുമുള്ള പ്രദേശങ്ങളിൽ നിന്ന് സാധാരണ ടിഷ്യൂകളെ സമാഹരിക്കാൻ ശ്രമിക്കാം അല്ലെങ്കിൽ കൺപോളകളിൽ തുന്നലുകൾ സ്ഥാപിച്ച് കൺപോളകൾ പുനർനിർമ്മിക്കുന്നതിലൂടെ കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തെ സംരക്ഷിക്കാൻ തീരുമാനമെടുക്കാം. കൺപോളകളുടെ കലകളിൽ അണുബാധയുണ്ടെങ്കിൽ ഡീബ്രൈഡ്മെന്റ് ചെയ്ത് നെക്രോറ്റിക് ടിഷ്യൂകൾ നീക്കം ചെയ്യാവുന്നതാണ്. കൺപോളയിലോ ഓർബിറ്റൽ ടിഷ്യൂകളിലോ അന്യവസ്തുക്കൾ അടിഞ്ഞുകൂടാമെന്നും അവ നീക്കം ചെയ്യാനുള്ള ശ്രമം നടത്തുമെന്നും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. എന്റെ കൺപോളകളുടെ കലകളിലെ ഒരു കീറലിനാണ് ലോക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ, ഇനിപ്പറയുന്ന സാധ്യതകൾ ഉണ്ടാകാം:

- പോളയുടെ നീര്, വീക്കം, അണുബാധ
- കണ്ണ് പൂർണ്ണമായും അടയ്ക്കാൻ കഴിയാത്ത അവസ്ഥ

- താഴെപ്പറന്നിരിക്കുന്നവർ ലിസ്റ്റ് ചെയ്ത ആകുന്നതിന് സർക്കാർ അനുമതി നൽകുന്നു.
- കോർണിയൽ എക്സ്പോഷറും കെരാട്ടോപ്പതിയും (കൃഷ്ണമണി തുറന്നിരിക്കുന്നതുള്ള പ്രശ്നങ്ങൾ)
- നേത്രഗോളത്തിന്റെ/ഗോളത്തിന്റെ ഉപരിതലത്തിലുണ്ടാകുന്ന പരിക്ക്
- കണ്ണിപ്പിരിയൽ കണ്ണുകളിൽ നിന്ന് അകന്നുപോകുന്നതിനു പകരം കണ്ണുകളിലേക്ക് ചുണ്ടിയെക്കാവുന്ന തെറ്റായ ദിശ.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷമുള്ള ആദ്യഘട്ടത്തിൽ മങ്ങിയ കാഴ്ച അല്ലെങ്കിൽ ഇരുട്ട കാഴ്ച
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം ആദ്യത്തെ കുറച്ച് ദിവസങ്ങളിൽ കണ്ണുകളിൽ നിന്ന് വെള്ളം വരിക
- മുറിവേറ്റ സ്ഥലത്ത് പാടുകൾ
- കണ്ണിലുള്ള മടക്കിന്റെ അസമത്വം
- കണ്ണിലെ/ഓർബിറ്റിലെ ഫോറിയൻ ബോഡി കണ്ടെത്താൻ കഴിയാത്തത്
- കണ്ണിലൂടെ അവശിഷ്ടം

മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വസ്തുതകൾ അറിഞ്ഞുകൊണ്ട്, എന്റെ വലത്/ഇടത്/രണ്ട് കണ്ണുകളുടെയും കീഴിൽ നന്നാക്കലിന് ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു .

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടേ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യയും അനസ്തെറ്റിക്സും ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു .

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. എന്നാൽ, ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്ത ഏതെങ്കിലും ടിഷ്യൂകളോ ഭാഗങ്ങളോ സ്ഥാപനത്തിന് പതിവ് രീതി അനുസരിച്ച് നീക്കം ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

13. ചാലാസിയൻ ഇൻസിഷനും ക്യൂറേറ്റേജും (കൺകുരു കീറൽ)

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ (വലത്/ഇടത്) കണ്പോള രോഗത്തെക്കുറിച്ചും അതിന്റെ സാധ്യമായ ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദമായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ ഓപ്ഷനുകളിലും, നിലവിൽ ഈ ശസ്ത്രക്രിയയാണ് ഏറ്റവും സ്വീകാര്യമായ ഓപ്ഷൻ എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ (വലത്/ഇടത്) കണ്പോള ശസ്ത്രക്രിയ ലോക്കൽ ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ അസെപ്റ്റിക് അവസ്ഥയിൽ നടത്തുമെന്ന് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

കൺപോളയുടെ ഉൾഭാഗത്ത് കൺജക്റ്റിവയിൽ ഒരു മുറിവ് നൽകിയാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്, കൂടെ കൺകുരുവിന്റെ ഉള്ളിലെ പഴുപ്പ് നീക്കം ചെയ്യും. ചിലപ്പോൾ മുറിവ് തൊലിപ്പുറമേ ഇടേണ്ടി വരുന്ന വരും.

സംഭവിക്കാൻ സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്, അതിൽ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ, രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം, ആവർത്തിച്ചുള്ള/അവശിഷ്ട രോഗം, പയോജനിക് ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം, കോർണിയൽ എപ്പിത്തീലിയൽ കെരാട്ടോപ്പതി എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു.

ചാലസിയോൺ അതേ സ്ഥലത്തോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു സ്ഥലത്തോ വീണ്ടും ഉണ്ടാകാമെന്നും അത് കൂടുതൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്നും എനിക്ക് മനസ്സിലാക്കാൻ കഴിഞ്ഞു. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷമുള്ള കാലയളവിൽ കണ്പോളയിൽ നീര് ദൃശ്യമാകുമെന്നും അത് മാറാൻ നിരവധി ആഴ്ചകൾ എടുത്തേക്കാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. മുറിവുണ്ടാക്കലും ക്യൂറേറ്റേജും നടത്തിയ ശേഷം എനിക്ക് വൈദ്യചികിത്സ ഉപയോഗിക്കേണ്ടിവരുമെന്നും എനിക്കറിയാം.

ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ എല്ലാ അനന്തരഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ നൽകിയ വിശദീകരണങ്ങളിൽ ഞാൻ സംതൃപ്തനാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും നാശനഷ്ടങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി / ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ(മാർ) ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല. ഏതെങ്കിലും ദുർഭാഗ്യകരമായ അപകടം സംഭവിച്ചാൽ, ഞാൻ യാതൊരു റീഫണ്ടിനും/നഷ്ടപരിഹാരത്തിനും അവകാശവാദം ഉന്നയിക്കില്ല. അത്തരം എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, ആശുപത്രി ഭരണകൂടത്തിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും. സ്വമേധയാ ഞാൻ ഈ കരാറിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

14. ഇലക്ട്രോഎപ്പിലേഷൻ (Electroepilation)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത്/രണ്ട് കണ്ണുകളുടെയും മുകളിലെ/താഴെ/രണ്ട് കണ്പോളകളിലും ഒരു വൈകല്യമുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ വൈകല്യം എന്റെ കൺപീലികൾ കണ്ണിന്റെ വെളുത്തതോ കറുത്തതോ ആയ ഭാഗത്ത് സ്പർശിക്കുന്നതിലേക്ക് നയിച്ചു. തെറ്റായ ദിശയിൽ നിൽക്കുന്ന കൺപീലികൾ നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നതെന്നും എന്റെ കണ്പോളകളുടെ അരികുകളിലോ കാഴ്ചയിലോ ഒരു വ്യത്യാസവും ഉണ്ടാകില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഈ അവസ്ഥയ്ക്കുള്ള ബദൽ നടപടിക്രമങ്ങൾ പതിവായി കൺപീലികൾ പഠിച്ചെടുക്കുന്നതും കൺപീലികളുടെ ഫോളിക്കിളിലേക്ക് ക്രയോതെറാപ്പി ചെയ്യുന്നതുമാണ് എന്നും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ ഓപ്ഷനുകളിലും, നിലവിൽ, ഈ ശസ്ത്രക്രിയയാണ് ഏറ്റവും സ്വീകാര്യമായ ഓപ്ഷൻ എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. അണുവിമുക്ത സാഹചര്യങ്ങളിൽ എന്റെ (വലത്/ ഇടത്) കണ്പോള ശസ്ത്രക്രിയ ലോക്കൽ/ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്തുമെന്ന് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ താഴെപ്പറയുന്ന മറ്റ് സങ്കീർണതകളോ ആകാം:

- അണുബാധ
- പോളയുടെ വീക്കം
- കോർണിയയിലെ വീക്കം, പരിക്ക്, അൾസർ എന്നിവയ്ക്കുള്ള സാധ്യത
- രക്തസ്രാവവും ഹെമറ്റോമ രൂപീകരണവും
- അമിതമായി വെള്ളം വരുക / കണ്ണിന്റെ വരൾച്ച
- കണ്പോളകളുടെ അരികിലെ നോച്ചിംഗ്
- കണ്പീലികളുടെ നഷ്ടം
- കണ്പീലികളുടെ അസാധാരണമായ വളർച്ച ആവർത്തിക്കൽ

എടുത്തുമാറ്റിയ കണ്പീലി വീണ്ടും വളരുകയാണെങ്കിൽ നടപടിക്രമം ആവർത്തിക്കേണ്ടിവരുമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു.

Dr.....കൂടാതെ അദ്ദേഹം/ സ്ഥാപനം സ്റ്റാഫായി നിയമിക്കുന്നവരും, എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്പോളയുടെ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ കൂട്ടാളികളോ സഹായികളോ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത

സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാർക്ക് ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

അനസ്തേഷ്യ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യകൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ദൃശ്യസംഭരണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു, എന്നാൽ ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്ത ഏതെങ്കിലും ടിഷ്യൂകളോ ഭാഗങ്ങളോ സ്ഥാപനത്തിന് പതിവ് രീതി അനുസരിച്ച് നീക്കം ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഭരണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്ത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

15. സിറിഞ്ചിംഗും പ്രോബിംഗും

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ / എന്റെ മകന്റെ / മകളുടെ കണ്ണുകളിൽ നിന്ന് മുകളിലേക്ക് കണ്ണുനീർ ഒഴുകാൻ സഹായിക്കുന്ന കുഴലിന് ബ്ലോക്ക് വന്നതായി എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. തടസ്സം മറികടക്കാൻ ഒരു നേർത്ത ലോഹ പ്രോബ് തിരുകി ആ ഭാഗത്തേക്ക് കടത്തിവിടാൻ ശ്രമിക്കും. ഈ നടപടിക്രമം ജനറൽ അല്ലെങ്കിൽ ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്തും, കൂടാതെ ഒരു എൻഡോസ്കോപ്പിന്റെ സഹായത്തോടെയും ചെയ്യും. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, എന്റെ സർജ്ജ് കനാലിക്യൂലിയുടെ സ്റ്റെന്നോസിസ് (ഇടുങ്ങിയത്) അനുഭവപ്പെടുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന ഭാഗത്തിലൂടെ ഒരു ട്യൂബ് കടത്തിവിടാം. 1-3 മാസത്തിനുശേഷം ഈ ട്യൂബ് നീക്കം ചെയ്യും.

- ലളിതമായ ഒരു നാളി തടസ്സം മൂലമുണ്ടാകുന്ന നാസോളാക്രിമൽ നാളി തടസ്സത്തിന്റെ 95% കേസുകളിലും സിറിഞ്ചിംഗും പ്രോബിംഗും വിജയകരമാണ്.
- തടസ്സം നീക്കിയില്ലെങ്കിൽ ചിലപ്പോൾ നടപടിക്രമം ആവർത്തിക്കേണ്ടിവരും.
- കണ്ണുനീർ നാളത്തിന് സങ്കീർണ്ണമായ ഒരു തരം തടസ്സം ഉണ്ടാകാം അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണുനീർ നാളം പൂർണ്ണമായും വികസിച്ചിട്ടില്ലായിരിക്കാം. പരിശോധനയ്ക്കിടെ ശസ്ത്രക്രിയ സമയത്ത് ഈ സങ്കീർണതകൾ കണ്ടെത്തിയേക്കാം. പിന്നീട് കൂടുതൽ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷം മുകളിൽ നിന്ന് രക്തസ്രാവം ഉണ്ടാകാം.
- തെറ്റായ വഴി രൂപപ്പെടുന്നതും മൂലം കൺപോളകളുടെ താൽക്കാലിക വീക്കം സംഭവിക്കാം.
- മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച വസ്തുതകൾ അറിഞ്ഞുകൊണ്ട്, എന്റെ/എന്റെ മകന്റെ/മകളുടെ സിറിഞ്ചിംഗിനും അന്വേഷണത്തിനും ഞാൻ എന്റെ സമ്മതം നൽകുന്നു.

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. എന്നാൽ, ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്യൂമെന്റ് പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്യൂമെന്റ്.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്യൂമെന്റ് ഒപ്പ്:.....

തീയതി:..... സ്ഥലം:.....

16. പങ്ട്രൽ പ്ലഗുകൾ

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

കണ്ണുകളിൽ കണ്ണുനീർ വേണ്ടത്ര ഉൽപ്പാദിപ്പിക്കപ്പെടാത്തതിനാൽ എനിക്ക്/എന്റെ കുട്ടിക്ക് ഡ്രൈ ഐ സിൻഡ്രോം ഉണ്ടെന്ന് എനിക്ക് നന്നായി മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. കൃത്രിമ പങ്ട്രൽ പ്ലഗുകൾ ഉപയോഗിച്ച് കണ്ണുനീർ ഡ്രെയിനേജ് സിസ്റ്റം തടയുന്നത് കണ്ണിൽ കൂടുതൽ കണ്ണുനീർ നിലനിർത്തുന്നതിലൂടെ എന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുത്തും. ഇതൊരു താൽക്കാലിക നടപടിക്രമമാണ്, ഇത് പഴയപടിയാക്കാനും കഴിയും. രോഗാവസ്ഥയുടെ തീവ്രതയനുസരിച്ച് കൃത്രിമ കണ്ണുനീർ അല്ലെങ്കിൽ തുള്ളിമരുന്ന് പതിവായി ഉപയോഗിക്കുന്നത്, ടോപ്പിക്കൽ സൈക്ലോസ്പോറിൻ കണ്ണ് തുള്ളികൾ അല്ലെങ്കിൽ തെർമൽ കോട്ടറി അല്ലെങ്കിൽ ലിഗേഷൻ വഴി പങ്റ്റവും കനാലികുലസും സ്ഥിരമായി അടയ്ക്കൽ എന്നിവയാണ് ഇതര ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളിൽ ഉൾപ്പെടുന്നതെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഈ നടപടിക്രമവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു:

- അണുബാധ
- അമിതമായ വെള്ളം വരൽ
- അസ്വസ്ഥതയും, കണ്ണിൽ കറട് പോയതുപോലെയുള്ള അവസ്ഥ
- പ്ലഗ് നഷ്ടപ്പെടുകയും അപൂർവ്വമായി, കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന പാതയിൽ (കനാലികുലസ്) പ്ലഗ് തങ്ങിനിൽക്കുകയും ചെയ്യുന്നു, ഇത് വടുക്കളിലേക്ക് നയിക്കുന്നു.
- അത്തരം സന്ദർഭങ്ങളിൽ, കണ്ണുനീർ ഡ്രെയിനേജ് പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
- പ്ലഗുകൾ മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുകയോ നീക്കം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം.

രോഗത്തിന്റെ സ്ഥിരമായ സ്വഭാവം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ കണ്ണുനീർ കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിൽ നന്നവുള്ളതാക്കുന്നതിലൂടെ രോഗലക്ഷണങ്ങളിൽ നിന്ന് ആശ്വാസം നൽകാൻ ഈ ചികിത്സയ്ക്ക് കഴിയുമെന്നും.

ഈ നടപടിക്രമം ഡ്രൈ ഐ സിൻഡ്രോമിന്റെ പ്രാഥമിക കാരണം സുഖപ്പെടുത്തില്ല. കണ്ണിന്റെ ഉപരിതല അവസ്ഥ വിലയിരുത്തുന്നതിനും അതിനനുസരിച്ച് മരുന്നുകൾ മാറ്റുന്നതിനും പതിവായി ഫോളോ-അപ്പ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ/ എന്റെ കുട്ടിയുടെ പങ്ട്രൽ പ്ലഗുകൾ ഇടാൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

വലത് താഴെ മുകളിൽ

ഇടത് താഴെ മുകളിലെ കണ്പോള (കൾ)

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു, എന്നാൽ ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

17. പങ്ട്രൽ ഡിലേഷനും (Dilation) ഇൻട്രുബേഷനും

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക് / എന്റെ കുട്ടിക്ക് കണ്ണിൽ നിന്ന് അമിതമായി വെള്ളം വരുന്നതിന് കാരണമാകുന്ന പങ്റ്റം / പങ്റ്റയുടെ സ്നേനോസിസ് ആണ് ബാധിച്ചിരിക്കുന്നു എന്ന് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. പങ്റ്റം / പങ്റ്റ വികസിപ്പിക്കുകയും പങ്റ്റത്തിൽ ഒരു ട്യൂബ് സ്ഥാപിക്കുകയും ചെയ്യുന്നത് എന്റെ കണ്ണിൽ നിന്ന് കണ്ണുനീർ നന്നായി ഒഴുകാൻ അനുവദിക്കുന്നതിലൂടെ എന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുത്തും. പങ്ട്രാക്ലാസ്സി / പങ്റ്റൽ സ്പിൻസ് നടപടിക്രമം , ലാക്രിമൽ ഗ്രന്ഥിയിലേക്ക് ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ എ കുത്തിവെയ്ക്കൽ , ലാക്രിമൽ ഗ്രന്ഥിയുടെ ഭാഗിക ഡീ ബൾക്കിംഗ് എന്നിവ ഇതര ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളിൽ ഉൾപ്പെടുന്നുവെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട് .

ഈ നടപടിക്രമവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു:

- അണുബാധ
- വെള്ളം വരുന്നത് മാറാതെയിരിക്കുക (ഭാഗികമായോ, പൂർണ്ണമായോ)
- അസ്വസ്ഥതയും കരുകുരുപ്പം
- ഇൻട്രുബേഷൻ ട്യൂബിന്റെ പ്രൊലാപ്സ്, കണ്ണുനീർ നീരാഴുക്ക് പാതയിൽ ട്യൂബ് തങ്ങിനിൽക്കുന്നു (കനാലികുലസ്).
- അത്തരം സന്ദർഭങ്ങളിൽ, കണ്ണുനീർ ഡ്രെയിനേജ് പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
- ഇൻട്രുബേഷൻ ട്യൂബ് മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുകയോ നീക്കം ചെയ്യുകയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

രോഗത്തിന്റെ സ്ഥിരമായ സ്വഭാവം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന പാതയുടെ, അതായത് പങ്റ്റത്തിന്റെ , വായ വികസിപ്പിക്കുന്നതിലൂടെ ഈ ചികിത്സ രോഗലക്ഷണങ്ങളിൽ നിന്ന് ആശ്വാസം നൽകുമെന്നും .

പങ്ട്രൽ സ്നേനോസിസിന്റെ പ്രാഥമിക കാരണം ഈ നടപടിക്രമം ഭേദമാക്കില്ല . കണ്ണിന്റെ ഉപരിതല അവസ്ഥ വിലയിരുത്തുന്നതിനും അതിനനുസരിച്ച് മരുന്നുകൾ മാറ്റുന്നതിനും പതിവായി ഫോളോ-അപ്പ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ/ എന്റെ കുട്ടിയുടെ പങ്ട്രൽ ഡിലേഷനും ഇൻട്രുബേഷനും നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

വലത് താഴെ മുകളിൽ

ഇടത് താഴെ മുകളിലെ കണ്പോള (കൾ)

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ

നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ ടെലിവിഷനിൽ സംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു, എന്നാൽ ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി:.....സ്ഥലം:

18. പങ്ക്ടോപ്ലാസ്റ്റി

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക് / എന്റെ കുട്ടിക്ക് കണ്ണിൽ നിന്ന് അമിതമായി വെള്ളം വരുന്നതിന് കാരണമാകുന്ന പങ്ക്റ്റത്തിന്റെ / പങ്ക്റ്റയുടെ സ്റ്റെനോസിസ് ഉണ്ടെന്ന് എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് എന്നെ അറിയിച്ചിരിക്കുന്നത്. ഒരു സ്മിസ് പങ്ക്ടോപ്ലാസ്റ്റി എന്റെ കണ്ണിൽ നിന്ന് കണ്ണുനീർ നന്നായി ഒഴുകാൻ അനുവദിക്കുന്നതിലൂടെ എന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുത്തും. പങ്ക്ടൽ ഡിലേറ്റേഷൻ കൂടെ ഇൻട്രൂബേഷൻ, ലാക്രിമൽ ഗ്രന്ഥിയിലേക്ക് ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ A കുത്തിവെയ്ക്കൽ, ലാക്രിമൽ ഗ്രന്ഥി ഭാഗികമായി എടുത്ത് മാറ്റുക എന്നിവയാണ് ഇതര ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഈ നടപടിക്രമവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു:

- അണുബാധ
- വെള്ളം വരുന്നത് മാറാതെയിരിക്കുക (ഭാഗികമായോ, പൂർണ്ണമായോ)
- അസ്വസ്ഥതയും അന്യവസ്തു സംഭവനവും
- പംക്തുത്തിന്റെ ഫ്ലൈബ്രോസിസ്, വടുക്കൾ
- അത്തരം സന്ദർഭങ്ങളിൽ, കണ്ണുനീർ ഡ്രെയിനേജ് പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

രോഗത്തിന്റെ സ്ഥിരമായ സ്വഭാവം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന പാതയുടെ, അതായത് പങ്ക്റ്റത്തിന്റെ , വായ വികസിപ്പിക്കുന്നതിലൂടെ ഈ ചികിത്സ രോഗലക്ഷണങ്ങളിൽ നിന്ന് ആശ്വാസം നൽകുമെന്നും .

പങ്ക്ടൽ സ്റ്റെനോസിസിന്റെ പ്രാഥമിക കാരണം ഈ നടപടിക്രമം ഭേദമാക്കില്ല . കണ്ണിന്റെ ഉപരിതല അവസ്ഥ വിലയിരുത്തുന്നതിനും അതിനനുസരിച്ച് മരുന്നുകൾ മാറ്റുന്നതിനും പതിവായി ഫോളോ-അപ്പ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ/ എന്റെ കുട്ടിയുടെ പങ്ക്ടൽ ഡിലേറ്റേഷനും ഇൻട്രൂബേഷനും നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

വലത് താഴെ മുകളിൽ

ഇടത് താഴെ മുകളിലെ കണ്പോള (കൾ)

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോളോ എടുക്കുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു, എന്നാൽ ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യമായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ:.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

19. എക്സ്സേണൽ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോറിനോസ്സമി (ഡിസിആർ)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിലെ കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന സംവിധാനത്തിലെ ഒരു തടസ്സം മൂലമാണ് എന്റെ കണ്ണിൽ നിന്ന് വെള്ളം വരുന്നത് എന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയിൽ മുക്കിനും ദ്വാരത്തിനും ഇടയിൽ ഒരു പുതിയ ആശയവിനിമയം സൃഷ്ടിക്കപ്പെടും, അങ്ങനെ തടസ്സം ഇല്ലാതാകുകയും കണ്ണുനീർ സിസ്റ്റത്തിലേക്ക് ഒഴുകുകയും ചെയ്യും. ജനനൽ അല്ലെങ്കിൽ ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താം. മുക്കിന്റെ വശത്ത് ഒരു ചർമ്മ മുറിവ് നൽകുകയും മുക്കിലെ അസ്ഥിയിൽ ഒരു ദ്വാരം സൃഷ്ടിക്കുകയും ചെയ്യും. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, നടപടിക്രമത്തിനിടയിൽ ഒരു ട്യൂബ് ചേർക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കാലയളവിൽ, മുക്കിൽ ഒരു പായ്ക്ക് സ്ഥാപിക്കും. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകളിൽ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ മറ്റ് സങ്കീർണതകളോ ഉൾപ്പെടുന്നു. ഇനിപറയുന്നവ ഇവയിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു

- മുറിവേറ്റ സ്ഥലത്ത് പാടുകൾ
- നടപടിക്രമത്തിനിടയിലും ശേഷവും രക്തസ്രാവം
- ശസ്ത്രക്രിയ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റൈറ്റിസിലേക്ക് മാറ്റാനുള്ള സാധ്യത (കണ്ണിർ സഞ്ചി നീക്കം ചെയ്യൽ)
- മുറിവിലെ അണുബാധയ്ക്കും മുറിവ് വേർപെടലിനും സാധ്യത
- സെറിബ്രോസ്പൈനൽ ദ്രാവക ചോർച്ചയുടെ സാധ്യത
- കനാലികുലാർ ബ്ലോക്കിനും പങ്ക്റ്റൽ സ്റ്റെനോസിസിനും സാധ്യത
- ട്യൂബ് പുറത്തെടുക്കാനുള്ള സാധ്യത
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം ആദ്യത്തെ കുറച്ച് ദിവസങ്ങളിൽ കണ്ണുകളിൽ നിന്ന് വെള്ളം വരിക
- രക്തപ്പകർച്ചയ്ക്കുള്ള സാധ്യതയും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകളും
- ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പരാജയവും വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകതയും.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടേ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ

അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

20. നോൺ-എൻഡോസ്കോപ്പിക് എൻഡോനാസൽ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോർഹിനോസ്സമി (NEN-DCR)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിലെ കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന സംവിധാനത്തിലെ ഒരു തടസ്സം മൂലമാണ് എന്റെ കണ്ണിൽ നിന്ന് വെള്ളം വരുന്നത് എന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട് . ശസ്ത്രക്രിയയിൽ മൂക്കിനും ദ്വാരത്തിനും ഇടയിൽ ഒരു പുതിയ ആശയവിനിമയം സൃഷ്ടിക്കപ്പെടും, അങ്ങനെ തടസ്സം നീങ്ങുകയും കണ്ണുനീർ സിസ്റ്റത്തിലേക്ക് ഒഴുകുകയും ചെയ്യും. ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താം. മൂക്കിനുള്ളിൽ ഒരു മുറിവ് നൽകുകയും മൂക്കിലെ അസ്ഥിയിൽ ഒരു ദ്വാരം സൃഷ്ടിക്കുകയും ചെയ്യും. ഈ ദ്വാരം കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന ലാക്രിമൽ സഞ്ചിയുമായി ആശയവിനിമയം നടത്തും. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, നടപടിക്രമത്തിനിടയിൽ ഒരു ട്യൂബ് ചേർക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കാലയളവിൽ, മൂക്കിൽ ഒരു പായ്ക്ക് സ്ഥാപിക്കും. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകളിൽ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ മറ്റ് സങ്കീർണതകളോ ഉൾപ്പെടുന്നു. മറ്റുള്ളവ ഇവയാണ് :

- നടപടിക്രമത്തിനിടയിലും ശേഷവും രക്തസ്രാവം
- ശസ്ത്രക്രിയയെ ബാഹ്യ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോറിനോസ്സമി (ചർമ്മത്തിലൂടെ) അല്ലെങ്കിൽ ഡാക്രിയോ-സിസ്റ്റൈറ്റിസിലേക്ക് മാറ്റാനുള്ള സാധ്യത. (സഞ്ചി നീക്കം ചെയ്യൽ)
- മുറിവിലെ അണുബാധയ്ക്കും മുറിവ് വേർപെടലിനും സാധ്യത
- കനാലികുലാർ ബ്ലോക്കിനും പങ്ക്റ്റൽ സ്റ്റെനോസിസിനും സാധ്യത
- ട്യൂബ് പുറത്തെടുക്കാനുള്ള സാധ്യത
- ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ സ്ഥലത്ത് ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം
- സെറിബ്രോസ്പൈനൽ ഫ്ലവക് ചോർച്ച
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം ആദ്യത്തെ കുറച്ച് ദിവസങ്ങളിൽ കണ്ണുകളിൽ നിന്ന് വെള്ളം വരിക
- രക്തപ്പകർച്ചയ്ക്കുള്ള സാധ്യതയും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകളും
- ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പരാജയവും വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകതയും.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരോട് ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന

അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

21. എൻഡോസ്കോപ്പിക് എൻഡോനാസൽ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോർഹിനോസ്റ്റമി (എൻഡോസ്കോപ്പിക് ഡിസിആർ)

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിലെ കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന സംവിധാനത്തിലെ ഒരു തടസ്സം മൂലമാണ് എന്റെ കണ്ണിൽ നിന്ന് വെള്ളം ഒഴുകുന്നതെന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട് . ശസ്ത്രക്രിയയിൽ മുക്കിനും ദ്വാരത്തിനും ഇടയിൽ ഒരു പുതിയ ആശയവിനിമയം സൃഷ്ടിക്കപ്പെടും, അങ്ങനെ തടസ്സം ഇല്ലാതാകുകയും കണ്ണുനീർ സിസ്റ്റത്തിലേക്ക് ഒഴുകുകയും ചെയ്യും. മുക്കിലേക്ക് ഒരു എൻഡോസ്കോപ്പ് കടത്തി ദൃശ്യവൽക്കരണത്തിലൂടെ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തും. ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താം. മുക്കിനുള്ളിൽ ഒരു മുറിവ് നൽകുകയും മുക്കിന്റെ അസ്ഥിയിൽ ഒരു ദ്വാരം സൃഷ്ടിക്കുകയും ചെയ്യും. ഈ ദ്വാരം കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന ലാക്രിമൽ സഞ്ചിയുമായി ആശയവിനിമയം നടത്തും. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, നടപടിക്രമത്തിനിടയിൽ ഒരു ട്യൂബ് ചേർക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കാലയളവിൽ, മുക്കിൽ ഒരു പായ്ക്ക് സ്ഥാപിക്കും. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകളിൽ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ മറ്റ് സങ്കീർണതകളോ ഉൾപ്പെടുന്നു. മറ്റുള്ളവ ഇവയാണ് :

- നടപടിക്രമത്തിനിടയിലും ശേഷവും രക്തസ്രാവം
- ശസ്ത്രക്രിയയെ ബാഹ്യ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോറിനോസ്റ്റമി (ചർമ്മത്തിലൂടെ) അല്ലെങ്കിൽ ഡാക്രിയോസിസ്റ്റോക്ലമി (സഞ്ചി നീക്കം ചെയ്യൽ) ആക്കി മാറ്റാനുള്ള സാധ്യത .
- മുറിവിലെ അണുബാധയ്ക്കും മുറിവ് വേർപെടലിനും സാധ്യത
- കനാലികുലാർ ബ്ലോക്കിനും പങ്ക്റ്റൽ സ്റ്റെനോസിസിനും സാധ്യത
- ട്യൂബ് പുറത്തെടുക്കാനുള്ള സാധ്യത
- ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയ സ്ഥലത്ത് ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം
- സെറിബ്രോസ്പൈനൽ ഫ്ലൂവക ചോർച്ച
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം ആദ്യത്തെ കുറച്ച് ദിവസങ്ങളിൽ കണ്ണുകളിൽ നിന്ന് വെള്ളം വരിക
- രക്തപ്പകർച്ചയ്ക്കുള്ള സാധ്യതയും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകളും
- ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പരാജയവും വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകതയും.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത

സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടെ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

22. ഡാക്രിയോസിസ്സെക്രമി

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിലെ കണ്ണുനീർ ഒഴുകുന്ന സംവിധാനത്തിലെ തടസ്സം മൂലമാണ് എന്റെ കണ്ണിൽ നിന്ന് വെള്ളം വരുന്നത് എന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട് . ശസ്ത്രക്രിയയിൽ ലാക്രിമൽ സഞ്ചി നീക്കം ചെയ്യേണ്ടിവരും. ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലോ ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിലോ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താം. മൂക്കിന്റെ വശങ്ങളിൽ ഒരു മുറിവുണ്ടാക്കും, അതിലൂടെ ലാക്രിമൽ സഞ്ചി നീക്കം ചെയ്യും. ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കാലയളവിൽ, മൂക്കിൽ ഒരു പായ്ക്ക് സ്ഥാപിക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകളിൽ അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ മറ്റ് സങ്കീർണതകളോ ഉൾപ്പെടുന്നു. ഇതിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു:

- നടപടിക്രമത്തിനിടയിലും ശേഷവും രക്തസ്രാവം
- നടപടിക്രമത്തിനു ശേഷം തുടർച്ചയായ വെള്ളം വരുക
- മുറിവിലെ അണുബാധയ്ക്കും മുറിവ് വേർപെടലിനും സാധ്യത
- രക്തപ്പകർച്ചയ്ക്കുള്ള സാധ്യതയും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകളും
- ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പരാജയവും വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകതയും.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുോട് ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

23. കനാലികുലാർ ട്രെഫിനിംഗും ഇൻഡ്യബേഷനും

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് എനിക്ക്/എന്റെ കുട്ടിക്ക് കണ്ണിൽ നിന്ന് അമിതമായി വെള്ളം വരുന്നതിന് കാരണമാകുന്ന കനാലികുലസിന്റെ സ്റ്റേനോസിസ്/ബ്ലോക്ക് ഉണ്ടെന്ന് എന്നെ അറിയിച്ചിരിക്കുന്നത്. ഇൻഡ്യബേഷൻ ഉപയോഗിച്ചുള്ള കനാലികുലാർ ട്രെഫിനേഷൻ എന്റെ കണ്ണിൽ നിന്ന് കണ്ണുനീർ നന്നായി ഒഴുകിപ്പോകാൻ അനുവദിക്കുന്നതിലൂടെ എന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുത്തും. ലാക്രിമൽ ഗ്രന്ഥിയിലേക്ക് ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ എ കുത്തിവെയ്ക്കുന്നതും ലാക്രിമൽ ഗ്രന്ഥിയുടെ ഭാഗികമായ ഡീബൾക്കിംഗ് നടത്തുന്നതും ഇതര ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളിൽ ഉൾപ്പെടുന്നുവെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഈ നടപടിക്രമവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു:

- അണുബാധ
- അവശിഷ്ട കീറൽ
- അസ്വസ്ഥതയും അന്യവസ്തു സംഭവനവും
- ഇൻഡ്യബേഷൻ ട്യൂബിന്റെ പ്രോലാപ്സ്, സ്ഥാനം മാറ്റൽ/നീക്കം ചെയ്യൽ ആവശ്യമാണ്.
- പങ്ടത്തിന്റെ ഫൈബ്രോസിസ്, വടുക്കൾ
- കനാലികുലസിന്റെ ഫൈബ്രോസിസ്, ബ്ലോക്ക്

അത്തരം സന്ദർഭങ്ങളിൽ, കണ്ണുനീർ ഡ്രെയിനേജ് പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

കനാലികുലസിലെ തടസ്സം മറികടന്ന് രോഗലക്ഷണങ്ങളിൽ നിന്ന് ആശ്വാസം നൽകുമെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു .

കനാലികുലാർ ബ്ലോക്കിന്റെ പ്രാഥമിക കാരണം ഈ നടപടിക്രമം ഭേദമാക്കില്ല . കണ്ണിന്റെ ഉപരിതല അവസ്ഥ വിലയിരുത്തുന്നതിനും അതിനനുസരിച്ച് മരുന്നുകൾ മാറ്റുന്നതിനും പതിവായി ഫോളോ-അപ്പ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ/ എന്റെ കുട്ടിയുടെ പങ്ടൽ ഡിലേറ്റേഷനും ഇൻഡ്യബേഷനും നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

വലത് താഴെ മുകളിൽ

ഇടത് താഴെ മുകളിലെ കണ്പോള (കൾ)

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ ടെലിവിഷനിൽ സംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു, എന്നാൽ ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

24. ഓർബിറ്റൽ ഫ്രാക്ചർ റിപ്പയർ

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ (വലത്/ഇടത്) ഓർബിറ്റൽ ഫ്രാക്ചറിനെക്കുറിച്ചും അതിന്റെ സാധ്യമായ ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ വിശദമായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ ഓപ്ഷനുകളിലും, നിലവിൽ ഈ ശസ്ത്രക്രിയയാണ് ഏറ്റവും സ്വീകാര്യമായ ഓപ്ഷൻ എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ (വലത്/ഇടത്) ഓർബിറ്റൽ ഫ്രാക്ചർ റിപ്പയർ അസെപ്റ്റിക് സാഹചര്യങ്ങളിൽ ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ ചെയ്യുമെന്ന് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഓർബിറ്റലിലെ ഒടിഞ്ഞ അസ്ഥികൾ മൂലമുണ്ടാകുന്ന തകരാർ പരിഹരിക്കാനാണ് ഈ ശസ്ത്രക്രിയ ശ്രമിക്കുന്നതെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട് . (ഇത് സാധാരണയായി എന്റെ ഇടുപ്പിൽ നിന്നോ തലയോട്ടിയിൽ നിന്നോ ഉള്ള bone graft/ഒരു സിന്തറ്റിക് ഷീറ്റ് മെറ്റീരിയൽ അസ്ഥി ഒടിഞ്ഞ ഭാഗങ്ങൾ മറയ്ക്കുന്നതിലൂടെയാണ് ചെയ്യുന്നത്. മറ്റ് സമയങ്ങളിൽ, ഒരു ലോഹ പ്ലേറ്റ് സ്ഥാപിച്ച് അസ്ഥികളിൽ സ്ക്രൂകൾ ഉപയോഗിച്ച് ഉറപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.) ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള മുറിവ് കണ്പോളയിലൂടെയാണ് നടത്തുന്നത്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം, മുറിവ് അടയ്ക്കുന്നതിന് ഒന്നോ അതിലധികമോ തുന്നലുകൾ ഇടുന്നു.

കണ്ണിന്റെ കാഴ്ച വ്യക്തതയ്ക്കായി ഓർബിറ്റൽ ഫ്രാക്ചർ സർജറി ഒന്നും ചെയ്യുന്നില്ലെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ഐബോളിൽ തന്നെ ഒരു ശസ്ത്രക്രിയയും നടത്തുന്നില്ല. ഓർബിറ്റൽ ഫ്രാക്ചർ റിപ്പയറിന്റെ അപകടസാധ്യതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു, എന്നാൽ അവയിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുന്നില്ല എന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്:

- രക്തസ്രാവം
- അണുബാധ
- ചതവും വീക്കവും
- അസമമായ അല്ലെങ്കിൽ അസന്തുലിതമായ രൂപം
- പാടുകൾ
- കണ്ണുകൾ അടയ്ക്കുന്നതിൽ ബുദ്ധിമുട്ട് (ഇത് കോർണിയയുടെ അടിഭാഗത്തുള്ള പ്രതലത്തിന് കേടുപാടുകൾ വരുത്തിയേക്കാം)
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം താഴത്തെ കണ്പോള ചിലപ്പോൾ താഴേക്ക് തൂങ്ങിക്കിടക്കാം.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷവും രോഗശാന്തിയും വടുക്കളും ഉണ്ടാകുമ്പോൾ ഇരട്ട കാഴ്ച നിലനിൽക്കുകയോ വികസിക്കുകയോ ചെയ്യാം.
- പരിഹരിക്കപ്പെട്ടില്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന പുതിയ ഇരട്ട ദർശനം.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പ് നേത്രഗോളത്തിൽ കുഴിഞ്ഞിരുന്നെങ്കിൽ, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം അത് കുഴിഞ്ഞതോ, സാധാരണമോ, വീർത്തതോ ആയി കാണപ്പെടേക്കാം.

- കണ്ണൂരിൽ അല്ലെങ്കിൽ വരണ്ട കണ്ണുകൾക്കുള്ള പ്രശ്നങ്ങൾ
- കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ ധരിക്കാനുള്ള കഴിവില്ലായ്മ
- കണ്ണിനടുത്തോ മുഖത്തോ മരവിപ്പ് കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ ഇക്കിളി അനുഭവപ്പെടൽ
- അപൂർവ്വ സന്ദർഭങ്ങളിൽ, അന്ധത ഉൾപ്പെടെയുള്ള കാഴ്ച നഷ്ടം
- സ്ഥാപിക്കുന്ന ഇംപ്ലാന്റിന് അന്തർലീനമായ അപകടസാധ്യതകളുണ്ട്.
- ഇംപ്ലാന്റ് ഓർബിറ്റിൽ ചലിക്കുകയും, അണുബാധയുണ്ടാകുകയും, കുടിയേറുകയും, ആഗിരണം ചെയ്യുകയും ചെയ്യാം, ചിലപ്പോൾ നീക്കം ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം.
- ഈ സങ്കീർണതകൾ ചികിത്സിക്കാൻ അധിക ചികിത്സയുടെയോ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയോ ആവശ്യകത ശരീരഘടന, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള പ്രതികരണം, മുറിവ് ഉണ്ടാക്കൽ എന്നിവയിലെ വ്യക്തിഗത വ്യത്യാസങ്ങൾ കാരണം, അന്തിമഫലത്തെക്കുറിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പും നൽകാൻ കഴിയില്ല.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, മുൻകൂട്ടി പ്രതീക്ഷിക്കാത്ത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാം, അത് മുൻ വെളിപ്പെടുത്തിയവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടെ അത്തരം അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

അത്തരം മരുന്നുകൾ, ഇൻഫുഷനുകൾ, പ്ലാസ്മ അല്ലെങ്കിൽ രക്തപ്പകർച്ചകൾ അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങൾ എന്നിവ നൽകുന്നതിന് ഞാൻ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത് നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണെന്നും ലഭിച്ചേക്കാവുന്ന ഫലങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഏത് രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായവും ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ എല്ലാ അനന്തരഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ നൽകിയ വിശദീകരണങ്ങളിൽ ഞാൻ സംതൃപ്തനാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും നാശനഷ്ടങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി/ ആശുപത്രി ജീവനക്കാർ/ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ അല്ലെങ്കിൽ അവരുടെ സഹായികൾ ഉത്തരവാദികളായിരിക്കില്ല. അത്തരം നിർഭാഗ്യകരമായ അപകടങ്ങളിൽ, ഞാൻ ഒരു റീഫണ്ടിനും/ നഷ്ടപരിഹാരത്തിനും അവകാശവാദം ഉന്നയിക്കില്ല. അത്തരം എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, ആശുപത്രി ഭരണകൂടത്തിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും. സ്വമേധയാ ഞാൻ ഈ കരാറിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1
ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....
വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....
വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

25. ഓർബിറ്റോടോമി

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

തലയോട്ടിയുടെ അസാധാരണമായ വളർച്ച ഇനിപ്പറയുന്ന ഒന്നോ അതിലധികമോ ലക്ഷണങ്ങൾക്ക് കാരണമാകുന്നു: കണ്ണിന്റെ സ്ഥാനചലനം, പരിമിതമായ ചലനങ്ങൾ, കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ, ഇരട്ട കാഴ്ച, കണ്ണിന്റെ പുറത്തേക്ക് തള്ളിനിൽക്കൽ, കണ്ണ് അടയ്ക്കാൻ കഴിയാത്തത്, കണ്പോള തുങ്ങൽ .

അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത് . അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ, രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള വീക്കം, ചതവ്, ഒപ്റ്റിക് നാഡി, എക്സ്‌ട്രാ-ഓക്കുലാർ പേശികൾ തുടങ്ങിയ കണ്ണിന്റെ സുപ്രധാന ഘടനകൾക്കുണ്ടാകുന്ന കേടുപാടുകൾ എന്നിവയാണ് സങ്കീർണതകൾ. ഇത് കാഴ്ചശക്തിയും കണ്ണിന്റെ ചലനങ്ങളും കൂടുതൽ വഷളാകുന്നതിനും, കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള ഭാഗത്ത് സംവേദനക്ഷമതയിൽ മാറ്റം വരുത്തുന്നതിനും, കണ്പോളകൾ തുങ്ങുന്നതിനും കാരണമായേക്കാം .

ഹിസ്റ്റോപത്തോളജി പഠനങ്ങളിലൂടെയാണ് രോഗത്തിന്റെ കൃത്യമായ സ്വഭാവം സ്ഥിരീകരിക്കപ്പെടുന്നത്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷം കൂടുതൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. എനിക്ക് മരുന്നുകളും പതിവ് തുടർചികിത്സയും നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടും.

ശസ്ത്രക്രിയാ വിദഗ്ദ്ധരുടെ പരമാവധി ശ്രമങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും, രോഗം അപൂർണ്ണമായി നീക്കം ചെയ്തേക്കാം, അതിന് അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ ചികിത്സയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. രോഗം ആവർത്തിക്കാനുള്ള സാധ്യതയും ഉണ്ട്, ഭാവിയിൽ മറ്റൊരു ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ രക്തം നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്, രക്തപ്പകർച്ച ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുോട് ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യയും അനസ്തൈറ്റിക്സും ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു .

അത്തരം മരുന്നുകൾ, ഇൻഫുഷനുകൾ, പ്ലാസ്മ അല്ലെങ്കിൽ രക്തപ്പകർച്ച അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ നടപടിക്രമങ്ങൾ എന്നിവയുടെ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷന് ഞാൻ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുന്നു.

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ടെലിവിഷനിൽ സംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. എന്നാൽ, ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

26. ഓർബിറ്റൽ ഡീകമ്പ്രഷൻ

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ പ്രായം, ലിംഗഭേദം, വംശം എന്നിവയ്ക്ക് സാധാരണമായി കണക്കാക്കുന്നതിലും അപൂർവമാണ് എന്റെ വലത്/ഇടത് കണ്ണിന്റെ വളർച്ച എന്ന് എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. കണ്ണിന്റെ അസാധാരണമായ വളർച്ച കണ്ണിന്റെ പുറത്തേക്ക് തളളിനിൽക്കൽ, കണ്ണിന്റെ സ്ഥാനചലനം, പരിമിതമായ ചലനങ്ങൾ, കാഴ്ച കുറയൽ, ഇരട്ട കാഴ്ച, കണ്ണ് അടയ്ക്കാൻ കഴിയാത്തത്, കണ്പോള തുങ്ങൽ അല്ലെങ്കിൽ സൗന്ദര്യാത്മകമായി അരോചകമായ രൂപം എന്നിവയ്ക്ക് കാരണമാകുന്നു.

ജനനൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്. അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ, രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള വീക്കം, ചതവ്, ഒപ്റ്റിക് നാഡി, എക്സ്ട്രാ-ഒക്കുലാർ പേശികൾ, ഓർബിറ്റിലെ രക്തക്കുഴലുകൾ തുടങ്ങിയ കണ്ണിന്റെ സുപ്രധാന ഘടനകൾക്ക് കേടുപാടുകൾ, ഇത് കാഴ്ചയും കണ്ണിന്റെ ചലനങ്ങളും കൂടുതൽ വഷളാകാൻ കാരണമാകും, ഓർബിറ്റിനുള്ളിൽ കണ്ണിന്റെ സ്ഥാനത്ത് മാറ്റം, കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള ഭാഗത്ത് സംവേദനക്ഷമതയിലെ മാറ്റം, കണ്പോള തുങ്ങൽ, കണ്ണിറുക്കൽ, അപൂർവ്വമായി തലച്ചോറിനു ചുറ്റുമുള്ള ദ്രാവകം ചോർന്നൊലിക്കൽ എന്നിവയാണ് സങ്കീർണതകൾ. ഇതിനെ സെറിബ്രോസ്പൈനൽ ദ്രാവകം എന്ന് വിളിക്കുന്നു.

ശസ്ത്രക്രിയാ വിദഗ്ദ്ധരുടെ പരമാവധി ശ്രമങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും, ഓർബിറ്റൽ കൊഴുപ്പും അസ്ഥികളും അപൂർണ്ണമായി നീക്കം ചെയ്തേക്കാം, അതിന് അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ ചികിത്സയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഭാവിയിൽ മറ്റൊരു ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന രോഗം ആവർത്തിക്കാനുള്ള സാധ്യതയുമുണ്ട് . ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ രക്തം നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്, രക്തപ്പകർച്ച ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

ചികിത്സയ്ക്കിടെ, പ്രാരംഭ രോഗനിർണ്ണയ സമയത്ത് പരിഗണിക്കപ്പെട്ടവയ്ക്ക് പുറമെയോ വ്യത്യസ്തമോ ആയ ശസ്ത്രക്രിയയും അടിയന്തര നടപടിക്രമങ്ങളും ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന അപ്രതീക്ഷിത സാഹചര്യങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുകയോ നേരിടുകയോ ചെയ്തേക്കാമെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. അതിനാൽ, മുകളിൽ പറഞ്ഞ നിയുക്ത ജീവനക്കാരുടെ ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അധിക ശസ്ത്രക്രിയയോ മറ്റ് നടപടിക്രമങ്ങളോ നടത്താൻ ഞാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

അനസ്തേഷ്യ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യകൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

അത്തരം മരുന്നുകൾ, ഇൻഫുഷനുകൾ, പ്ലാസ്മ അല്ലെങ്കിൽ രക്തപ്പകർച്ച അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ നടപടിക്രമങ്ങൾ എന്നിവയുടെ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷന് ഞാൻ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുന്നു.

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനോ, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനോ, ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനോ ഞാൻ

സമ്മതിക്കുന്നു. എന്നാൽ, ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ വ്യക്തിത്വം വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

എല്ലാ/ഏത് ചോദ്യങ്ങളും ചോദിക്കാനുള്ള അവസരം എനിക്ക് ലഭിച്ചു, കൂടാതെ രണ്ടാമത്തെ അഭിപ്രായം ചോദിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷനും എനിക്ക് ലഭിച്ചു.

ശസ്ത്രക്രിയ നല്ല വിശ്വാസത്തോടെയാണ് നടത്തുന്നതെന്നും ലഭിക്കാവുന്ന ഫലം സംബന്ധിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പോ ഉറപ്പോ നൽകിയിട്ടില്ലെന്നും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി അറിയാം.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

27. ഇൻസിഷണൽ ബയോപ്സി

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ (വലത്/ഇടത്) നേത്രരോഗത്തെക്കുറിച്ചും ലഭ്യമായ ഓപ്ഷനുകളെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. നിലവിൽ, ഈ നടപടിക്രമം ടിഷ്യു രോഗനിർണയത്തിന് ഗുണം ചെയ്യുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, ഇത് ഒരു കൃത്യമായ മാനേജ്മെന്റ് പ്ലാൻ രൂപപ്പെടുത്താൻ സഹായിക്കും. ടിഷ്യുവിന്റെ ഘടന തിരിച്ചറിയാൻ ടിഷ്യുവിന്റെ ഒരു ചെറിയ ഭാഗം എടുക്കുന്ന ഒരു പ്രക്രിയയാണ് ഇൻസിഷണൽ ബയോപ്സി എന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ഇത് ചികിത്സയുടെ ഒരു ഭാഗം മാത്രമാണ്. അസെപ്റ്റിക് സാഹചര്യങ്ങളിൽ എന്റെ (വലത്/ഇടത്) കണ്ണ് ബയോപ്സി ലോക്കൽ/ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്തുമെന്ന് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സങ്കീർണതകൾ, രക്തസ്രാവം, അണുബാധ, ഗ്രാനുലോമ രൂപീകരണം, കണ്പോളകളുടെ തകരാറുകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്ന സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. (എൻട്രോപിയോൺ / എക്സോപിയോൺ / നോച്ചിംഗ് മുതലായവ), വടുക്കൾ, വടുക്കൾ ഹൈപ്പർട്രോഫി/കെലോയിഡ്, സബ്-കൺജക്റ്റീവ രക്തസ്രാവം .

ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ എല്ലാ അനന്തരഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ നൽകിയ വിശദീകരണങ്ങളിൽ ഞാൻ സംതൃപ്തനാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും നാശനഷ്ടങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി/ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ (കൾ) ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല. ഏതെങ്കിലും ദൗർഭാഗ്യകരമായ അപകടം (കൾ) ഉണ്ടായാൽ, ഞാൻ നീഫണ്ട്/നഷ്ടപരിഹാരം അവകാശപ്പെടില്ല. അത്തരം എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, ആശുപത്രി ഭരണകൂടത്തിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും. സ്വമേധയാ ഞാൻ ഈ കരാറിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
 (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

28. എക്സിഷണൽ ബയോപ്സി

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ (വലത്/ഇടത്) നേത്രരോഗത്തെക്കുറിച്ചും ലഭ്യമായ ഓപ്ഷനുകളെക്കുറിച്ചും എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്. നിലവിൽ, ഈ നടപടിക്രമം ഒരു കൃത്യമായ മാനേജ്മെന്റ് പ്ലാനാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. (സാധാരണ ടിഷ്യൂവിന്റെ സ്വതന്ത്ര മാർജിൻ ഉള്ള മുഴുവൻ അസാധാരണ ടിഷ്യൂവും (ആവശ്യമെങ്കിൽ) ട്യൂമറുകൾക്ക് ചികിത്സാ ഓപ്ഷനായി എടുക്കുന്ന ഒരു പ്രക്രിയയാണ് എക്സിഷണൽ ബയോപ്സി എന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.) അസാധാരണത്വത്തിന്റെ ഘടന (അല്ലെങ്കിൽ മേക്കപ്പ്) തിരിച്ചറിയാൻ ഈ നടപടിക്രമം സഹായിക്കുന്നു. എക്സിഷണൽ ബയോപ്സിക്ക് ശേഷം, കീമോതെറാപ്പി, റേഡിയോതെറാപ്പി അല്ലെങ്കിൽ ലിംഫ് നോഡ് ഡിസെക്ഷൻ പോലുള്ള ഒപ്പ്റ്റിമൽ ട്യൂമർ നിയന്ത്രണത്തിന് മറ്റ് തരത്തിലുള്ള ചികിത്സകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. അസെപ്റ്റിക് സാഹചര്യങ്ങളിൽ എന്റെ (വലത്/ഇടത്) കണ്ണ് ബയോപ്സി ലോക്കൽ/ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്തുമെന്ന് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

(എൻട്രോപിയോൺ / എക്രോപിയോൺ / നോച്ചിംഗ്), വടുക്കൾ, വടു ഹൈപ്പർട്രോഫി/കെലോയിഡ്, സബ്-കൺജക്റ്റിവ് രക്തസ്രാവം , ഇരട്ട കാഴ്ച, കാഴ്ച നഷ്ടം, കണ്ണിറുക്കൽ, മുകളിലെ കണ്പോള തുങ്ങൽ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്ന സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ എല്ലാ അനന്തരഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ നൽകിയ വിശദീകരണങ്ങളിൽ ഞാൻ സംതൃപ്തനാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും നാശനഷ്ടങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി/ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ (മാർ) ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല. ഏതെങ്കിലും ദുർഭാഗ്യകരമായ അപകടം (അപകടങ്ങൾ) ഉണ്ടായാൽ, ഞാൻ നീഫണ്ട് / നഷ്ടപരിഹാരം അവകാശപ്പെടില്ല. അത്തരം എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, ആശുപത്രി ഭരണകൂടത്തിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും. സ്വമേധയാ ഞാൻ ഈ കരാറിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

29. ഡീബൾക്കിംഗ്

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എനിക്ക് അനുഭവപ്പെടുന്ന നേത്രരോഗം കണ്ണിന്റെ സാധാരണ ഘടനകളെ ഇത് ഉൾക്കൊള്ളുന്നുവെന്നും എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. കണ്ണിന്റെയും ഓർബിറ്റിന്റെയും സാധാരണ ഘടനകൾ സംരക്ഷിക്കാൻ ശ്രമിക്കുമ്പോൾ അസാധാരണമായ ടിഷ്യു വളർച്ച നീക്കം ചെയ്യുന്ന ഒരു പ്രക്രിയയാണ് ഡീബൾക്കിംഗ് എന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു. ഡീബൾക്കിംഗിന് ശേഷം , കീമോതെറാപ്പി അല്ലെങ്കിൽ റേഡിയോതെറാപ്പി പോലുള്ള ഒപ്പ്റ്റിമൽ രോഗ നിയന്ത്രണത്തിന് മറ്റ് ചികിത്സാരീതികൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

തകരാറുകൾ (എൻട്രോപിയോൺ / എക്സോപിയോൺ / നോച്ചിംഗ് മുതലായവ), വടുക്കൾ, വടു ഹൈപ്പർട്രോഫി, കെലോയിഡ്, സബ്-കൺജക്റ്റീവ, രക്തസ്രാവം, ഇരട്ട കാഴ്ച, കാഴ്ച നഷ്ടം, മുകളിലെ കണ്പോളയുടെ ചതവ്, തൂങ്ങിക്കിടക്കൽ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്ന സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്..

ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ എല്ലാ അനന്തരഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ നൽകിയ വിശദീകരണങ്ങളിൽ ഞാൻ സംതൃപ്തനാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും നാശനഷ്ടങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി / ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ (മാർ) ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല. ഏതെങ്കിലും ദുർഭാഗ്യകരമായ അപകടം (അപകടങ്ങൾ) ഉണ്ടായാൽ, ഞാൻ നീഫണ്ട് / നഷ്ടപരിഹാരം അവകാശപ്പെടില്ല. അത്തരം എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, ആശുപത്രി ഭരണകൂടത്തിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും. സ്വമേധയാ ഞാൻ ഈ കരാറിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

30. ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ കുത്തിവയ്പ്

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ കുത്തിവയ്പിന്റെ അപകടസാധ്യതകളെയും ഗുണങ്ങളെയും കുറിച്ച് എനിക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ എനിക്ക് വിവരം നൽകിയിട്ടുണ്ട് . മുഖത്തും കഴുത്തിലുമുള്ള പേശികളെ അയവുള്ളതാക്കാൻ ബോട്ടുലിനം ടോക്സിന് കഴിയുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, ഇത് മുഖഭാവങ്ങളോ മുഖവേദനയോ മൂലമുണ്ടാകുന്ന ചുളിവുകൾക്ക് കാരണമാകുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ ഉപയോഗിച്ചുള്ള ചികിത്സ മുഖഭാവ വരകളോ ചുളിവുകളോ അത്ര ശ്രദ്ധിക്കപ്പെടാതിരിക്കാനോ അവ അപ്രത്യക്ഷമാകാനോ കാരണമാകും. ഞാൻ സ്വമേധയാ ശ്രമിച്ച നടപടിക്രമങ്ങൾക്കും ഓപ്ഷനുകൾക്കുമുള്ള ബദലുകൾ എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ചെറിയ അളവിൽ ശുദ്ധീകരിച്ച ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ ഒരു പേശികളിലേക്ക് കുത്തിവയ്ക്കുമ്പോൾ അത് ആ പേശികളുടെ ബലഹീനതയോ പക്ഷാഘാതമോ ഉണ്ടാക്കുമെന്ന് എനിക്കറിയാം. ഇത് 2 - 10 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുകയും സാധാരണയായി 3 മാസം വരെ നീണ്ടുനിൽക്കുകയും ചെയ്യും, പക്ഷേ അത് കുറവോ അതിൽ കൂടുതലോ ആകാം. വളരെ കുറച്ച് വ്യക്തികളിൽ, കുത്തിവയ്പ് തൃപ്തികരമായി അല്ലെങ്കിൽ പതിവുപോലെ പ്രവർത്തിക്കുന്നില്ല, കൂടാതെ പ്രതികരിക്കാത്ത ചില വ്യക്തികളുമുണ്ട്. കുത്തിവയ്പ് ഫലപ്രദമാകുമ്പോൾ എനിക്ക് മുമ്പത്തെപ്പോലെ കുത്തിവച്ച പേശികളെ ഉപയോഗിക്കാൻ കഴിയില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, പക്ഷേ വീണ്ടും ചികിത്സ ഉചിതമായ മാസങ്ങളുടെ കാലയളവിനുശേഷം ഇത് പഴയപടിയാകും. ടോപ്പിക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിലാണ് എനിക്ക് കുത്തിവയ്പുകൾ നൽകുന്നതെന്ന് എന്നെ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ ഉപയോഗിച്ചുള്ള ചികിത്സയുടെ സങ്കീർണതകൾ എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്, അവ ഇവയാണ്:

1. ചികിത്സയ്ക്കു ശേഷമുള്ള അസ്വസ്ഥത, വീക്കം, ചുവപ്പ്, ചതവ്
2. ഇരട്ട ദർശനം
3. ദുർബലമായ കണ്ണുനീർ നാളം
4. ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള ബാക്ടീരിയ, കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ കൂടുതൽ ചികിത്സ ആവശ്യമുള്ള ഫംഗസ് അണുബാധ.
5. അലർജി പ്രതികരണം
6. ഏകദേശം 2% കുത്തിവയ്പുകളിൽ കൺപോളുകളിൽ താൽക്കാലികമായി ചെറിയ തൂങ്ങൽ , ഇത് സാധാരണയായി 2-3 ആഴ്ച നീണ്ടുനിൽക്കും.
7. ഇടയ്ക്കിടെ 2-3 ആഴ്ച വരെ നീണ്ടുനിൽക്കുന്ന നെറ്റി മരവിപ്പ്.
8. താൽക്കാലിക തലവേദന
9. പനി പോലുള്ള ലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം.
10. ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ കുത്തിവയ്പിന്റെ താൽക്കാലിക പ്രവർത്തന സ്വഭാവം

ഇത് ഒരു ഐക്യീക നടപടിക്രമമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, മുഖത്തെ ഡൈനാമിക് ചുളിവുകൾ, ടിഎംജെ ഡിസ്പ്ലൈംഗ്ഷൻ, ബ്രക്സിസം, തലവേദന, മൈഗ്രേയ്ൻ എന്നിവയുൾപ്പെടെയുള്ള ഓറോഫേഷ്യൽ വേദന, ഡൈനാമിക് ചുളിവുകൾ നിയന്ത്രിക്കൽ എന്നിവയ്ക്കുള്ള ബോട്ടുലിനം ടോക്സിൻ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ ഉപയോഗിച്ചുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് ഞാൻ സ്വമേധയാ സമ്മതം നൽകുന്നു . നടപടിക്രമം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. നടത്തുന്ന ഏതൊരു ചികിത്സയും ഞാനും എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ/ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ ദാതാവും തമ്മിലുള്ളതാണെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു ശേഷമുള്ള എല്ലാ ചോദ്യങ്ങളും ആശങ്കകളും ചികിത്സിക്കുന്ന ക്ലിനിക്കിലേക്ക് ഞാൻ നയിക്കും.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ ഞാൻ വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി. എന്റെ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം ലഭിച്ചു. നടപടിക്രമത്തിന്റെ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണ്ണതകളും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു, കൂടാതെ നടപടിക്രമത്തിന്റെ ഫലത്തെക്കുറിച്ച് യാതൊരു ഉറപ്പുമില്ല എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ മെഡിക്കൽ ചരിത്രത്തിൽ എന്തെങ്കിലും മാറ്റങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ എന്നെ ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറെ/ആരോഗ്യ പരിപാലന വിദഗ്ദ്ധനെ ഉടൻ അറിയിക്കുമെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു .

ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ എല്ലാ അനന്തരഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ നൽകിയ വിശദീകരണങ്ങളിൽ ഞാൻ സംതൃപ്തനാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും നാശനഷ്ടങ്ങൾക്ക് ആശുപത്രി / ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ (മാർ) ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല. ഏതെങ്കിലും ദുർഭാഗ്യകരമായ അപകടം (അപകടങ്ങൾ) ഉണ്ടായാൽ, ഞാൻ റീഫണ്ട് / നഷ്ടപരിഹാരം അവകാശപ്പെടില്ല. അത്തരം എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, ആശുപത്രി ഭരണകൂടത്തിന്റെ തീരുമാനം അന്തിമമായിരിക്കും. സ്വമേധയാ ഞാൻ ഈ കരാറിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണ്ണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണ്ണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

റിഫ്രാക്റ്റീവ്
ശസ്ത്രക്രിയകൾ

E

1. ഫോട്ടോറിഫ്രാക്റ്റീവ് കെരാറ്റക്തമി (PRK)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

പിആർകെക്ക് അനുമതി നൽകുന്നതിൽ, ഞാൻ ഇനിപ്പറയുന്ന കാര്യങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു:

പിആർകെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ദീർഘകാല അപകടസാധ്യതകളും ഫലങ്ങളും അജ്ഞാതമാണ്. എക്സൈമർ ലേസർ ഉപയോഗിച്ചുള്ള പിആർകെയുടെ ലക്ഷ്യം കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളുടെയും/ അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണടകളുടെയും ആശ്രിതത്വം അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യകത കുറയ്ക്കുക എന്നതാണ്; എന്നിരുന്നാലും, എല്ലാത്തരം ചികിത്സകളിലെയും പോലെ, എന്റെ കാര്യത്തിലും ഫലങ്ങൾ ഉറപ്പുനൽകാൻ കഴിയില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഉദാഹരണത്തിന്:

1. ഒരു അമിതമായ തിരുത്തലോ അപൂർണ്ണമായ തിരുത്തലോ സംഭവിക്കാമെന്നും അത് എന്നെ ദീർഘദൃഷ്ടിയുള്ളവനോ പ്രസ്ഥദൃഷ്ടിയുള്ളവനോ ആസ്തിഥാറ്റിസം വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാമെന്നും ഇത് ശാശ്വതമായതോ ചികിത്സിക്കാവുന്നതോ ആയേക്കാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. 40 വയസ്സിനു മുകളിലുള്ളവരിൽ അമിതമായ തിരുത്തലോ അപൂർണ്ണമായ തിരുത്തലോ കൂടുതലായി സംഭവിക്കാൻ സാധ്യതയുണ്ടെന്നും വായനയ്ക്കോ ദൂരദൃഷ്ടിക്കോ വേണ്ടി ചിലപ്പോൾ അല്ലെങ്കിൽ എല്ലായ്പ്പോഴും കണ്ണടകൾ ഉപയോഗിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
2. എനിക്ക് നിലവിൽ വായനാ ഗ്ലാസുകൾ ആവശ്യമുണ്ടെങ്കിൽ, ഈ ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷവും എനിക്ക് വായനാ ഗ്ലാസുകൾ ആവശ്യമായി വരും. വായനാ ഗ്ലാസുകളോടുള്ള ആശ്രിതത്വം വർദ്ധിക്കാനോ അല്ലെങ്കിൽ പിആർകെ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയാൽ ചെറുപ്രായത്തിൽ തന്നെ വായനാ ഗ്ലാസുകൾ ആവശ്യമായി വരാനോ സാധ്യതയുണ്ട്.
3. വിവിധതരം കണ്ണ് തുള്ളികൾ, കണ്ണടകൾ അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ (ഹാർഡ് അല്ലെങ്കിൽ സോഫ്റ്റ്) ധരിക്കൽ, അല്ലെങ്കിൽ അധിക പിആർകെ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് റിഫ്രാക്റ്റീവ് ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള കൂടുതൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
4. ഗ്ലാസുകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ഉപയോഗിച്ചാലും എന്റെ മികച്ച കാഴ്ചശക്തി മോശമായേക്കാം.
5. കണ്ണുകൾക്കിടയിൽ കണ്ണടതിരുത്തലിൽ വ്യത്യാസമുണ്ടാകാം, ഇത് കണ്ണട ധരിക്കുന്നതിന് ബുദ്ധിമുട്ടുള്ളതോ അസാധ്യമോ ആക്കുന്നു. കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ ഘടിപ്പിക്കുന്നതും ധരിക്കുന്നതും കൂടുതൽ ബുദ്ധിമുട്ടായിരിക്കും.
6. പിആർകെ എടുത്ത രോഗികൾക്ക് ചികിത്സയ്ക്കു ശേഷമുള്ള കാലയളവിൽ ചില സങ്കീർണതകളും പാർശ്വഫലങ്ങളും റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് എനിക്ക് വിവരം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്, ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അവയിൽ ഇനിപ്പറയുന്നവ ഉൾപ്പെടുന്നു:

A. പിആർകെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സാധ്യതയുള്ള പ്രസ്ഥകാല ഫലങ്ങൾ: ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള

പ്രസ്വകാല കാലയളവിൽ താഴെപ്പറയുന്നവ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ സാധാരണ ചികിത്സയ്ക്കു ശേഷമുള്ള രോഗശാന്തി പ്രക്രിയയുമായി ഇവ ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു: നേരിയ അസ്വസ്ഥതയോ വേദനയോ (ആദ്യത്തെ 72 മുതൽ 96 മണിക്കൂർ വരെ), കോർണിയ വീക്കം, ഇരട്ട കാഴ്ച, കണ്ണിൽ എന്തോ ഉണ്ടെന്ന തോന്നൽ, പ്രേത ചിത്രങ്ങൾ, പ്രകാശ സംവേദനക്ഷമത, കീറൽ.

B. പിത്തൂർകെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ദീർഘകാല സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത: മൂടൽമഞ്ഞ: കോർണിയയുടെ പൂർണ്ണ വ്യക്തത നഷ്ടപ്പെടുന്നു, സാധാരണയായി കാഴ്ചയെ ബാധിക്കില്ല, ഇത് സാധാരണയായി കാലക്രമേണ പരിഹരിക്കപ്പെടും.

സ്റ്റാർബ്ബേഴ്സിംഗ് : റിഫ്രാക്റ്റീവ് സർജിക്ക് ശേഷം, ഒരു നിശ്ചിത എണ്ണം രോഗികൾക്ക് ഗ്ലെയർ, “ സ്റ്റാർബ്ബേഴ്സിംഗ് “ അല്ലെങ്കിൽ ലൈറ്റുകൾക്ക് ചുറ്റുമുള്ള ഹാലോ ഇഫക്റ്റ്, അല്ലെങ്കിൽ രാത്രിയിൽ വാഹനമോടിക്കുന്നതിനോ മങ്ങിയ വെളിച്ചത്തിൽ നന്നായി കാണുന്നതിനോ തടസ്സമാകുന്ന മറ്റ് കുറഞ്ഞ വെളിച്ച കാഴ്ച പ്രശ്നങ്ങൾ എന്നിവ അനുഭവപ്പെടുന്നു. ഈ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾക്ക് നിരവധി കാരണങ്ങളുണ്ടെങ്കിലും, വലിയ പ്യൂപ്പിലുകളോ ഉയർന്ന അളവിലുള്ള തിരുത്തലോ ഉള്ള രോഗികളിൽ അപകടസാധ്യത വർദ്ധിച്ചേക്കാം. മിക്ക രോഗികൾക്കും, ഇത് ഒരു താൽക്കാലിക അവസ്ഥയാണ്, ഇത് കാലക്രമേണ കുറയുന്നു അല്ലെങ്കിൽ രാത്രിയിൽ ഗ്ലാസുകൾ ധരിച്ചോ കണ്ണട ഉപയോഗിച്ചോ ശരിയാക്കാം. എന്നിരുന്നാലും, ചില രോഗികൾക്ക്, ഈ കാഴ്ച പ്രശ്നങ്ങൾ ശാശ്വതമാണ്. പകൽ പോലെ രാത്രിയിൽ എന്റെ കാഴ്ച മൂർച്ഛിച്ചതായി തോന്നില്ലെന്നും രാത്രിയിൽ ഗ്ലാസുകൾ ധരിക്കുകയോ കണ്ണട വെയ്ക്കുകയോ ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഈ രാത്രി കാഴ്ച പ്രശ്നങ്ങളോ കുറഞ്ഞ വെളിച്ച പ്രശ്നങ്ങളോ എനിക്ക് അനുഭവപ്പെടുമോ എന്ന് പ്രവചിക്കാൻ കഴിയില്ലെന്നും അവ കാരണം രാത്രിയിൽ വാഹനമോടിക്കാനോ മങ്ങിയ വെളിച്ചത്തിൽ പ്രവർത്തിക്കാനോ ഉള്ള കഴിവ് എനിക്ക് സ്ഥിരമായി നഷ്ടപ്പെട്ടേക്കാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ കാഴ്ച മതിയായതല്ലെങ്കിൽ ഞാൻ വാഹനമോടിക്കരുതെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ പ്രത്യേക പ്യൂപ്പിൽ വലുപ്പവും തിരുത്തലിന്റെ അളവും സംബന്ധിച്ച ഈ അപകടസാധ്യതകൾ എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

മികച്ച കാഴ്ചശക്തി നഷ്ടപ്പെടൽ: ഗ്ലാസുകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ഉപയോഗിച്ചാലും എന്റെ മികച്ച കാഴ്ചശക്തി കുറയുന്നു.

IOP വർദ്ധന: ചികിത്സയ്ക്കു ശേഷമുള്ള മരുന്നുകൾ മൂലമുണ്ടാകുന്ന ആന്തരിക കണ്ണിലെ മർദ്ദത്തിലെ വർദ്ധനവ്, ഇത് സാധാരണയായി മരുന്ന് തെറാപ്പിയിലൂടെയോ ചികിത്സയ്ക്കു ശേഷമുള്ള മരുന്നുകൾ നിർത്തലാക്കുന്നതിലൂടെയോ പരിഹരിക്കപ്പെടും.

നേരിയതോ ഗുരുതരമോ ആയ അണുബാധ: നേരിയ അണുബാധ സാധാരണയായി ആൻറിബയോട്ടിക്കുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സിക്കാം, സാധാരണയായി സ്ഥിരമായ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ കാരണമാകില്ല. ആൻറിബയോട്ടിക്കുകൾ ഉപയോഗിച്ച് വിജയകരമായി ചികിത്സിച്ചാലും, ഗുരുതരമായ അണുബാധ സ്ഥിരമായ വടുക്കളിലേക്കും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടലിലേക്കും നയിച്ചേക്കാം, ഇതിന് ലേസർ ശസ്ത്രക്രിയയോ അല്ലെങ്കിൽ വളരെ ഗുരുതരമാണെങ്കിൽ കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റേഷനോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

കെരാട്ടോകോണസ് : ചില രോഗികളിൽ കെരാട്ടോകോണസ് എന്നൊരു ഡീജനറേറ്റീവ് കോർണിയ രോഗം ഉണ്ടാകുന്നു. ഇത് കാഴ്ചയെ ബാധിക്കുന്ന ഒരു രോഗമാണ്. ഇത് പൊതുജനങ്ങളിൽ ഏകദേശം 1/2000 പേരിൽ കാണപ്പെടുന്നു. ഏതൊക്കെ രോഗികളാണ് അപകടസാധ്യതയുള്ളതെന്ന് സൂചിപ്പിക്കുന്ന നിരവധി പരിശോധനകൾ ഉണ്ടെങ്കിലും, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പ് സാധാരണ ടോപ്പോഗ്രാഫി (ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പ് ലഭിച്ച കോർണിയയുടെ മാപ്പ്), പാക്കിമെട്രി (കോർണിയൽ കനം അളക്കൽ) എന്നിവയുള്ള രോഗികളിൽ ഈ അവസ്ഥ ഉണ്ടാകാം. കെരാട്ടോകോണസ് സ്വന്തമായി സംഭവിക്കാമെന്നതിനാൽ, ഒരു രോഗിക്ക് കെരാട്ടോകോണസ് ഉണ്ടാകില്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കുന്ന ഒരു കേവല പരിശോധനയും ഇല്ല. ലേസർ വിഷൻ തിരുത്തലിനെത്തുടർന്ന് . ഗുരുതരമായ കെരാട്ടോകോണസിന് കോർണിയൽ ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, അതേസമയം നേരിയ കെരാട്ടോകോണസ് ഗ്ലാസുകളോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ഉപയോഗിച്ച് ശരിയാക്കാം.

C. അപൂർവമായ സങ്കീർണതകൾ. പിത്തൂർകെ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയരായവരിൽ താഴെപ്പറയുന്ന സങ്കീർണതകൾ അപൂർവ്വമായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്: ചൊറിച്ചിൽ, കണ്ണിലെ വരൾച്ച, അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിൽ അന്യവസ്തുവിന്റെ തോന്നൽ; ഇരട്ട അല്ലെങ്കിൽ പ്രേത ചിത്രങ്ങൾ; രോഗിയുടെ അസ്വസ്ഥത;

കോർണിയയുടെയോ ഐറിസിന്റെയോ വീക്കം; സ്ഥിരമായ കോർണിയ ഉപരിതല വൈകല്യം; കാഴ്ചയെ ബാധിക്കുന്നത്ര ഗുരുതരമായ സ്ഥിരമായ കോർണിയ വടുക്കൾ; അൾസറേഷൻ/അണുബാധ; ക്രമരഹിതമായ ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസം (വികലമായ ചിത്രങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കുന്ന കോർണിയ ഉപരിതലം വളഞ്ഞത്); തിമിരം; കണ്പോളയുടെ തുടങ്ങിക്കിടക്കൽ; ബാൻഡേജ് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസിന്റെ നഷ്ടം മൂലം, വർദ്ധിച്ച വേദന (സാധാരണയായി മറ്റൊരു കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ഉപയോഗിച്ച് മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുന്നതിലൂടെ ഇത് ശരിയാക്കുന്നു); ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കാലയളവിൽ ബാൻഡേജ് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിലൂടെ സാധ്യമായ അണുബാധയുടെ നേരിയ വർദ്ധനവ്.

പിത്തൂർകെ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായ ഒരാളുടെ കണ്ണിന് ഭാഗികമായോ പൂർണ്ണമായോ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കുറവാണ് എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

പിത്തൂർകെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളും പറയാൻ കഴിയില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. പിത്തൂർകെ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ആഴ്ചകളോ, മാസങ്ങളോ, വർഷങ്ങളോ കഴിഞ്ഞു പോലും സങ്കീർണതകൾ അല്ലെങ്കിൽ മോശം ഫലം പ്രത്യക്ഷപ്പെടാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഇത് ഒരു ഐക്ചിക നടപടിക്രമമാണെന്നും പിത്തൂർകെ ശസ്ത്രക്രിയ പഴയപടിയാക്കാൻ കഴിയില്ലെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

സ്ത്രീകൾക്ക് മാത്രം: ഞാൻ ഗർഭിണിയോ മുലയൂട്ടുന്നവളോ അല്ല. ഗർഭധാരണം എന്റെ ചികിത്സാ ഫലത്തെ പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

എന്റെ ഡോക്ടറുമായി ഞാൻ സംസാരിച്ചു, അദ്ദേഹം PRK, അതിന്റെ അപകടസാധ്യതകൾ, ഇതരമാർഗങ്ങൾ എന്നിവ വിശദീകരിച്ചു, PRK ശസ്ത്രക്രിയയെക്കുറിച്ചുള്ള എന്റെ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകി. അതിനാൽ, ഇനിപ്പറയുന്ന സാഹചര്യങ്ങളിൽ PRK ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പുവെക്കുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

2. ലാസിക്ക് (ലേസർ സഹായത്തോടെയുള്ള കൈരാറ്റോമിലിയൂസ്)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

നടപടിക്രമം

നിങ്ങൾ വിധേയമാക്കാൻ പോകുന്ന നടപടിക്രമത്തെക്കുറിച്ച് അറിവുള്ള ഒരു തീരുമാനം എടുക്കുന്നതിന് വേണ്ടിയാണ് ഈ വിവരങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് നൽകുന്നത്.

ലാസിക് കോർണിയയെ പുനർരൂപകൽപ്പന ചെയ്യുന്നു, ഫെംറ്റോസെക്കൻഡ് ലേസർ അല്ലെങ്കിൽ മൈക്രോകൈരാറ്റോം ഉപയോഗിച്ച് കോർണിയ ടിഷ്യൂവിന്റെ നേർത്ത പ്ലാസ് ഉയർത്തുന്നതും എക്സൈമർ ലേസർ ഉപയോഗിച്ച് കോർണിയയുടെ ആകൃതി പുനർനിർമ്മിക്കുന്നതും ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു. കോണ്ടുറ വിഷൻ, ബ്ലേഡ്ലെസ് ലാസിക്, എസ്ബികെ, ആസ്ഫെറിക് ലാസിക്, സി-ലാസിക്, സ്റ്റാൻഡേർഡ് ലാസിക് തുടങ്ങിയ കോർണിയ ടിഷ്യൂവിന്റെ പ്ലാസിന് കീഴിൽ നടത്തുന്ന എല്ലാ ലേസർ വിഷൻ നടപടിക്രമങ്ങളും ലാസിക് എന്ന പദത്തിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന നേട്ടങ്ങൾ

ലാസിക്സിന്റെ ഉദ്ദേശ്യം പ്രസ്വദൃഷ്ടി, ദീർഘദൃഷ്ടി, / അല്ലെങ്കിൽ ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസം എന്നിവ കുറയ്ക്കുകയും കണ്ണടയോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ഇല്ലാതെ എനിക്ക് ഇപ്പോൾ ഉള്ളതിനേക്കാൾ മികച്ച അൺഐഡഡ് കാഴ്ച നൽകുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ് എന്ന് മനസ്സിലാക്കുക.

ഇതര ചികിത്സകൾ

കണ്ണടകളുടെയും/അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളുടെയും തുടർച്ചയായ ഉപയോഗം മികച്ച കാഴ്ചശക്തി നൽകുമെന്നും കണ്ണടകളുടെയും/അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളുടെയും ആശ്രിതത്വം കുറയ്ക്കുന്നതിനുള്ള ഒരു ബദലാണ് LASIK എന്നും മനസ്സിലാക്കുക .

സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങൾ, അപകടസാധ്യതകൾ, സങ്കീർണതകൾ

ലാസിക്സിന്റെ സാധ്യമായ അപകടസാധ്യതകളെയും സങ്കീർണതകളെയും കുറിച്ചുള്ള ഈ അവതരണം, മെഡിക്കൽ പരിമിതികളെക്കുറിച്ചുള്ള നിങ്ങളുടെ ഗ്രാഹ്യം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിനും നിങ്ങൾക്കും നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർക്കും ഇടയിൽ ഒരു തുറന്ന ആശയവിനിമയ മാർഗം ആരംഭിക്കുന്നതിനുമാണ്. ഈ സമയത്ത് നിങ്ങളുടെ കണ്ണുകളിൽ ലാസിക് നടത്തണോ വേണ്ടയോ എന്ന നിങ്ങളുടെ തീരുമാനം ഇവിടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങളുടെയും നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടറുമായും സ്റ്റാഫുമായും നടത്തിയ സംഭാഷണത്തിന്റെയും ഈ ഫോമിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന അധിക അപകടസാധ്യതകളുടെയും സങ്കീർണതകളുടെയും അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കണം.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് അനുമതി നൽകുമ്പോൾ, താഴെ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ എനിക്ക് മനസ്സിലായെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു:

1. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലം വളരെ പ്രവചിക്കാവുന്നതാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, പക്ഷേ ഉറപ്പ് നൽകാൻ കഴിയില്ല.
2. ലാസിക് ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ലക്ഷ്യം ഗ്ലാസുകളെയോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളെയോ ആശ്രയിക്കാതെ കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുക, അല്ലെങ്കിൽ നേർത്ത/ദുർബലമായ ഗ്ലാസുകൾ ധരിക്കുക എന്നതാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, പക്ഷേ ഈ ഫലം ഉറപ്പില്ല. ചിലപ്പോൾ ഗ്ലാസുകൾ ഉപയോഗിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാവുന്ന അളവിൽ അവശിഷ്ടങ്ങൾ അവശേഷിച്ചേക്കാം.
3. ഈ ശസ്ത്രക്രിയയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്ന കണക്കുകൂട്ടലുകൾ ധാരാളം രോഗികളിൽ മുൻകാല അനുഭവത്തെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതാണെന്നും അവർ ശരാശരി മൂല്യങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. അതിനാൽ, നടപടിക്രമത്തോടുള്ള പ്രതികരണത്തിലെ വ്യക്തിഗത വ്യതിയാനങ്ങളെ ആശ്രയിച്ച്, ചില തിരുത്തലുകൾ കുറവോ അമിതമോ ആകാം.
4. കൂടാതെ, കണ്ണട ഉപയോഗിക്കേണ്ടതിന്റെ അവശിഷ്ടങ്ങളുടെ എണ്ണം ഉണ്ടെങ്കിൽ, പിന്നീടൊരിക്കൽ, കൂടുതൽ ചികിത്സ തിരഞ്ഞെടുക്കാം, അത് യഥാർത്ഥ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കുറഞ്ഞത് മൂന്ന് മാസമെങ്കിലും ആയിരിക്കണം. ഈ തുടർ ചികിത്സ എന്റെ കാഴ്ച പൂർണ്ണമായും ശരിയാക്കിയേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ നേരിയ വ്യതിയാനങ്ങൾ ഇപ്പോഴും ഉണ്ടാകാമെന്നതിനാൽ എന്നെ ലക്ഷ്യത്തിലേക്ക് അടുപ്പിച്ചേക്കാം.
5. പ്രാഥമിക ചികിത്സയുടെ ഫലമായി, കോർണിയയുടെ കനം കുറഞ്ഞതായി തോന്നിയേക്കാം, അതിനാൽ ശേഷിക്കുന്ന എണ്ണം തിരുത്തുന്നതിനായി കൂടുതൽ ചികിത്സ നടത്തുന്നത് സുരക്ഷിതവും ഉചിതവുമല്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
6. ഉയർന്ന സംഖ്യയിൽ/നേർത്ത കോർണിയകളിൽ, എന്റെ കണ്ണിന്റെ സുരക്ഷയ്ക്കായി ഒരു അവശിഷ്ട സംഖ്യ മനപൂർവ്വം പിന്നിൽ അവശേഷിപ്പിച്ചേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അതിനായി നല്ല കാഴ്ചയ്ക്കായി ഞാൻ കണ്ണട ധരിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം.
7. എന്റെ കണ്ണിന് കോർണിയൽ അല്ലെങ്കിൽ റെറ്റിനൽ പാത്തോളജി പോലുള്ള എന്തെങ്കിലും അനുബന്ധ പാത്തോളജികൾ ഉണ്ടെങ്കിലോ, സ്നൈല്ലെൻസ് ചാർട്ടിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നതുപോലെ, ഏറ്റവും മികച്ച രീതിയിൽ ശരിയാക്കിയ ഗ്ലാസുകൾ (ആംബ്ലിയോപിയ അല്ലെങ്കിൽ അലസമായ കണ്ണ്) ഉപയോഗിച്ചാലും എന്റെ കണ്ണിന് കാണാനുള്ള കഴിവ് സാധാരണയേക്കാൾ കുറവാണെങ്കിലോ, ലാസിക് ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷവും എന്റെ കാഴ്ച ആ നിലവാരത്തിനപ്പുറം മെച്ചപ്പെടില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അത് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.
8. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി എന്റെ കാഴ്ചശക്തി വഷളാകാൻ സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ആൻറിബയോട്ടിക്സുകൾ ഉപയോഗിച്ചോ മറ്റ് മാർഗ്ഗങ്ങൾ ഉപയോഗിച്ചോ നിയന്ത്രിക്കാൻ കഴിയാത്ത അനുബന്ധയുടെ ഫലമായാണ് ഇത് സംഭവിച്ചതെങ്കിൽ കണ്ണ് നഷ്ടപ്പെടാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. കോർണിയയുടെ ഉപരിതലം വികലമാകുന്ന തരത്തിൽ ക്രമരഹിതമായ രോഗശാന്തിയും ഇതിന് കാരണമാകാം. അങ്ങനെയെങ്കിൽ, ഉപയോഗപ്രദമായ കാഴ്ച ലഭിക്കാൻ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ധരിക്കേണ്ടത് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, കൂടാതെ ഇത് ഉപയോഗപ്രദമായ കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാതിരിക്കാൻ സാധ്യതയുണ്ടെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
9. പ്രകാശത്തോടുള്ള സംവേദനക്ഷമത, പ്രകാശത്തിന് ചുറ്റുമുള്ള തിളക്കം, പ്രഭാവലയം തുടങ്ങിയ അവസ്ഥകൾക്കും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി താൽക്കാലികമോ സ്ഥിരമോ ആയ കാഴ്ച വ്യതിയാനത്തിനും സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
10. എനിക്ക് പ്രായമാകുമ്പോൾ (45 വയസ്സോ അതിൽ കൂടുതലോ), ലാസിക് നടപടിക്രമവുമായി നേരിട്ട് ബന്ധമില്ലാത്ത കണ്ണിലെ സ്വാഭാവിക പ്രായവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മാറ്റങ്ങളെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള വായനയ്ക്ക് വെള്ളെഴുത്ത് കണ്ണടകൾ ആവശ്യമായി വരാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
11. ഞാൻ നിലവിൽ ബൈഫോക്കൽ ഗ്ലാസുകളോ റീഡിംഗ് ഗ്ലാസുകളോ ധരിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ, ഈ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷവും എനിക്ക് ഒരു റീഡിംഗ് പ്രിസ്ക്രിപ്ഷൻ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്ന്

ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

12. അനുബാധ, വിഷം, കോർണിയൽ എഡീമ, കോർണിയൽ വീർക്കൽ (കൈരക്താസിയ) അല്ലെങ്കിൽ കോർണിയൽ ഫ്ലാപ്പിന് നഷ്ടം അല്ലെങ്കിൽ കേടുപാടുകൾ തുടങ്ങിയ അപൂർവമായ അപ്രതീക്ഷിത സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു , ഇത് വ്യത്യസ്ത അളവിലുള്ള കാഴ്ച നഷ്ടത്തിന് കാരണമാകുന്നു.
13. ഈ ശസ്ത്രക്രിയ എന്റെ കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുമെങ്കിലും, അത് എന്റെ കണ്ണിന്റെ ശരീരഘടനാപരമായ അവസ്ഥയെ മാറ്റില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു . എനിക്ക് മയോപിക് ആണെങ്കിൽ , എന്റെ കണ്ണ് റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് പോലുള്ള ബുദ്ധിമുട്ടുകൾക്കും ഈ തരത്തിലുള്ള ശസ്ത്രക്രിയയുമായി ഒരു തരത്തിലും ബന്ധമില്ലാത്ത മറ്റ് സംഭവങ്ങൾക്കും വിധേയമാണ്.
14. ദീർഘകാല മാറ്റങ്ങളുടെ ഭാഗമായി, കണ്ണടയോ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ഉപയോഗിക്കേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയിൽ മാറ്റം വന്നേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
15. എല്ലാ ശസ്ത്രക്രിയകളിലെയും പോലെ , അനസ്തേഷ്യ , മയക്കുമരുന്ന് പ്രതികരണം അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ഘടകങ്ങൾ കാരണം എന്റെ ശരീരത്തിന്റെ മറ്റ് ഭാഗങ്ങളെ ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു .
16. ഏതെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളും പ്രസ്താവിക്കുക അസാധ്യമായതിനാൽ, സങ്കീർണതകളുടെ ഈ പട്ടിക അപൂർണ്ണമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
17. എന്തെങ്കിലും അസുഖകരമായ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടായാൽ, എന്റെ അവസ്ഥ ചികിത്സിക്കാൻ സൗകര്യമുള്ള ഒരു ആശുപത്രിയിലേക്ക് എന്നെ മാറ്റുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഈ വിവരമറിഞ്ഞുള്ള സമ്മതപത്രം ഞാൻ വായിച്ചുവെന്നും / എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ എനിക്ക് വായിച്ചു തന്നു വിശദീകരിച്ചുവെന്നും, ഉൾപ്പെടുത്തലോ പൂർത്തീകരണമോ ആവശ്യമുള്ള എല്ലാ ഒഴിവുകളോ പ്രസ്താവനകളോ ഞാൻ ഒപ്പിടുന്നതിന് മുമ്പ് പൂരിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ബാധകമല്ലാത്ത ഖണ്ഡികകൾ ഒഴിവാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും 1 സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു . മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതപത്രത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ വലത്/ഇടത്/രണ്ട് കണ്ണുകളിലും നടപടിക്രമം നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം ലഭിച്ചു.

എന്റെ നേത്ര പരിചരണ വിദഗ്ദ്ധനുമായി മുമ്പ് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടില്ലാത്ത ഏതെങ്കിലും വ്യവസ്ഥാപരമായ അസുഖങ്ങൾ (പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം/ ഹൃദയ/ ശ്വാസന, ബന്ധിത ടിഷ്യു തകരാറുകൾ, ശാരീരിക അവസ്ഥ (ഗർഭം, മുലയൂട്ടൽ) അല്ലെങ്കിൽ അലർജികൾ എന്നിവയാൽ ഞാൻ ബുദ്ധിമുട്ടുന്നില്ലെന്നും എന്റെ അറിവിൽ നിന്ന് ഒരു മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങളും ഞാൻ മറച്ചുവെച്ചിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആണെന്ന് കരുതുന്ന അനസ്തേഷ്യ നൽകുന്നതിനും അനസ്തേഷ്യ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

മെഡിക്കൽ സ്റ്റാഫിന്റെ വിധിന്യായത്തിൽ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന മരുന്നുകളുടെയോ ഇൻഫ്യൂഷനുകളുടെയോ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷന് ഞാൻ കൂടുതൽ സമ്മതം നൽകുന്നു.

മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ അല്ലെങ്കിൽ വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ടെലിവിഷനിൽ സംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ചിത്രങ്ങളിലൂടെയോ അവയോടൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകത്തിലൂടെയോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല. എന്റെ ഓപ്പറേഷനെയും തുടർന്നുള്ള ചികിത്സയെയും കുറിച്ചുള്ള മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ, എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്താതെ തന്നെ അന്വേഷകർക്കും ഡോക്ടർമാർക്കും ഉത്തരവാദിത്തപ്പെട്ട അധികാരികൾക്കും അത്തരം വിവരങ്ങൾ ആവശ്യമാണെന്ന് തെളിയിക്കുന്നതിന് ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു. എന്റെ ഡോക്ടറുടെ പരിചരണത്തിലായിരിക്കുമ്പോൾ നിരീക്ഷകരുടെ സാന്നിധ്യം അനുവദിക്കാൻ ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ നടപടിക്രമങ്ങളിൽ നിന്ന് ഉണ്ടാകുന്ന എല്ലാ തർക്കങ്ങളും അധികാരപരിധിയിലെ മധ്യസ്ഥതയ്ക്ക് വിധേയമാണെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്യൂമെന്റ് പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്യൂമെന്റ്.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്യൂമെന്റ് ഒപ്പ്:.....

തീയതി:..... സ്ഥലം:.....

3. ആസ്തിശാഢിക് കെരാരട്രാടമി (എകെ)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

ആമുഖം

6 അല്ലെങ്കിൽ 7 മില്ലീമീറ്റർ ഒപ്റ്റിക്കൽ സോണുകളിൽ ഒറ്റയ്ക്കോ ജോഡിയായോ, അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിന്റെ വ്യക്തമായ ഭാഗം (കോർണിയ) കണ്ണിന്റെ വെളുത്ത (സ്ക്ലീറ) യുമായി ചേരുന്ന ലിംബസിൽ ചെയ്യുന്ന കമാനാകൃതിയിലുള്ള ശസ്ത്രക്രിയയാണ്. കൂടുതൽ ഗോളാകൃതിയിലുള്ള കോർണിയ ലഭിക്കുന്നതിനായി കോർണിയയുടെ ഏറ്റവും കുത്തനെയുള്ള ഭാഗം പരത്തുക എന്ന ലക്ഷ്യത്തോടെയാണ് ഈ മുറിവുകൾ നിർമ്മിച്ചിരിക്കുന്നത്. കോർണിയയുടെ ആകൃതി AK സ്ഥിരമായി മാറ്റുന്നു. കണ്ണുട ധരിക്കാത്ത അവസ്ഥയിലേക്ക് കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുക എന്നതാണ് AK യുടെ ലക്ഷ്യമെങ്കിലും, ഈ ഫലം ഉറപ്പില്ല.

AK ഒരു ഐച്ഛിക നടപടിക്രമമാണ്: അടിയന്തര സാഹചര്യമോ അത് ചെയ്യേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയോ മറ്റ് കാരണങ്ങളോ ഇല്ല. നിങ്ങൾക്ക് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളോ ഗ്ലാസുകളോ ധരിക്കുന്നത് തുടരാം, കൂടാതെ മതിയായ കാഴ്ചശക്തിയും ഉണ്ടായിരിക്കാം. എല്ലാ ശസ്ത്രക്രിയകളെയും പോലെ ഈ നടപടിക്രമവും ചില അപകടസാധ്യതകൾ അവതരിപ്പിക്കുന്നു, അവയിൽ പലതും ചുവടെ പട്ടികപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നു. നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർക്ക് അറിയാത്ത മറ്റ് അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ടാകാമെന്നും നിങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കണം, അവ പിന്നീട് അറിയപ്പെടാം. മികച്ച പരിചരണം നൽകിയിട്ടും, സങ്കീർണതകളും പാർശ്വഫലങ്ങളും ഉണ്ടാകാം; നിങ്ങളുടെ കാര്യത്തിൽ ഇത് സംഭവിച്ചാൽ, നിങ്ങളുടെ vision കൂടുതൽ വഷളാക്കുന്ന തരത്തിൽ പോലും ഫലം ബാധിച്ചേക്കാം.

എകെയുടെ ഇതരമാർഗ്ഗങ്ങൾ

നിങ്ങൾ AK വേണ്ടെന്ന് തീരുമാനിക്കുകയാണെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ ആസ്തിശാഢിസം ശരിയാക്കാൻ മറ്റ് രീതികളുണ്ട്. ഈ ബദലുകളിൽ കണ്ണടകൾ, കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ, PRK അല്ലെങ്കിൽ LASIK പോലുള്ള മറ്റ് റിഫ്രാക്റ്റീവ് ശസ്ത്രക്രിയകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു.

സാധ്യതയുള്ള അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും

1. ഈ ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ എന്റെ കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടാതിരിക്കാനോ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യമുള്ള ഫലങ്ങൾ ലഭിക്കാതിരിക്കാനോ സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. പിന്നീട് എനിക്ക് കൂടുതൽ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷവും എനിക്ക് കണ്ണുട ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ഈ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം എനിക്ക് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ ധരിക്കാൻ കഴിഞ്ഞേക്കില്ല.
2. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി, എനിക്ക് കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനോ അല്ലെങ്കിൽ ഏറ്റവും നന്നായി ശരിയാക്കിയ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാനോ സാധ്യതയുണ്ട്. ആൻറിബയോട്ടിക്കുകൾ കൊണ്ടോ മറ്റ് മാർഗ്ഗങ്ങൾ കൊണ്ടോ നിയന്ത്രിക്കാൻ കഴിയാത്ത അണുബാധയുടെ ഫലമായി ഇത് സംഭവിക്കാം, ഇത് എന്റെ കണ്ണ് പോലും

നഷ്ടപ്പെടാൻ ഇടയാക്കും.

3. മുറിവുകൾ ക്രമരഹിതമായി സുഖപ്പെടുത്തുന്നത് കോർണിയൽ ഉപരിതലം വികലമാകാൻ കാരണമായേക്കാം. അങ്ങനെയെങ്കിൽ, ഉപയോഗപ്രദമായ കാഴ്ചയെ ബാധിക്കുന്നതിന് എനിക്ക് ഒരു കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ധരിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം, കൂടാതെ ഇത് ഉപയോഗപ്രദമായ കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാതിരിക്കാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്.
4. സൂര്യപ്രകാശത്തിൽ നിന്നോ മറ്റ് പ്രകാശ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നോ ഉള്ള പ്രകാശ സംവേദനക്ഷമത വ്യത്യസ്ത സമയത്തേക്ക്, അല്ലെങ്കിൽ സ്ഥിരമായി, പ്രവർത്തനരഹിതമാക്കുന്ന അവസ്ഥ എനിക്ക് അനുഭവപ്പെട്ടേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
5. പ്രത്യേകിച്ച് വൈകുന്നേരമോ രാത്രിയിലോ, വരുന്ന ഹെഡ്ലൈറ്റുകളിൽ നിന്നോ മറ്റ് പ്രകാശ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നോ വ്യത്യസ്ത സമയത്തേക്കാൾ സ്ഥിരമായോ ഡ്രൈർ അല്ലെങ്കിൽ ഹാലോസ് അനുഭവപ്പെടാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഇത് പകലും രാത്രിയും അനിശ്ചിതകാലത്തേക്ക് ഡ്രൈവിംഗിന് തടസ്സമായേക്കാമെന്ന് എനിക്കറിയാം, കൂടാതെ പകലും രാത്രിയും എന്റെ കാഴ്ചശക്തി മതിയായതാണെന്ന് എനിക്ക് ഉറപ്പാകുന്നതുവരെ ഞാൻ വാഹനമോടിക്കരുതെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
6. പ്രാരംഭ സ്റ്റേബിലൈസേഷൻ കാലയളവിൽ (മൂന്ന് മാസമോ അതിൽ കൂടുതലോ) പകൽ സമയത്ത് കാഴ്ചയിൽ ഏറ്റക്കുറച്ചിലുകളോ വ്യതിയാനമോ ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു .
7. എല്ലാ ശസ്ത്രക്രിയാ രീതികളിലും സംഭവിക്കുന്നതുപോലെ, വടക്കൻ ജീവനുള്ള കലകളിൽ മുറിവുകൾ ഉണ്ടാക്കുന്നതിന്റെ ഫലമാണ്. ഈ പ്രത്യേക ശസ്ത്രക്രിയയും ഒരു അപവാദമല്ല.
8. രോഗശമന ഘട്ടത്തിലും, രോഗശമനത്തിനു ശേഷവും എന്റെ കണ്ണിന് ഒരു പ്രഹരം ഏൽക്കാൻ സാധ്യത കൂടുതലാണ്, കാരണം സൂക്ഷ്മമായ വടു ടിഷ്യൂ സാധാരണ ടിഷ്യൂ പോലെ ശക്തമല്ലായിരിക്കാം. എല്ലാ കോൺടാക്റ്റ്, റാക്കറ്റ് സ്പോർട്സുകൾക്കും സംരക്ഷണ കണ്ണടകൾ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു, കാരണം കണ്ണിൽ നേരിട്ട് അടിക്കുന്നത് കണ്ണിന് സ്ഥിരമായ പരിക്കിന് കാരണമാകും.
9. റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യപ്പെട്ട മറ്റ് സങ്കീർണതകളിൽ കോർണിയൽ സുഷിരം ഉൾപ്പെടുന്നു, ഇതിന് തുന്നലുകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം; ഇൻഷിഷണൽ ഇൻക്ലൂഷനുകൾ, കോർണിയൽ വാസ്കുലറൈസേഷൻ, കോർണിയൽ അൾസർ രൂപീകരണം, എൻഡോതെലിയൽ സെൽ നഷ്ടം, എപ്പിത്തീലിയൽ രോഗശാന്തി വൈകല്യങ്ങൾ, വളരെ അപൂർവ്വമായി, എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ് (കണ്ണിന്റെ ആന്തരിക അണുബാധ, ഇത് സ്ഥിരമായ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ ഇടയാക്കും).
10. എല്ലാത്തരം ശസ്ത്രക്രിയകളെയും പോലെ, അനസ്തേഷ്യ, മയക്കുമരുന്നിന് പ്രതികരണങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ ശരീരത്തിന്റെ മറ്റ് ഭാഗങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുന്ന മറ്റ് ഘടകങ്ങൾ എന്നിവ മൂലമുണ്ടാകുന്ന സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഏതെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളും പ്രസ്താവിക്കുക അസാധ്യമായതിനാൽ, ഈ രൂപത്തിലുള്ള സങ്കീർണതകളുടെ പട്ടിക പൂർണ്ണമായിരിക്കില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ സ്വീകാര്യതയുടെയും ധാരണയുടെയും പ്രസ്താവന

AK എന്നറിയപ്പെടുന്ന നടപടിക്രമത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ ഈ രേഖയിൽ വിശദമായി അവതരിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്, എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചുതന്നിട്ടുണ്ട്. എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകി. ഈ വിവരമുള്ള സമ്മതപത്രം ഞാൻ വായിച്ചു (അല്ലെങ്കിൽ ഇത് എനിക്ക് വായിച്ചുതന്നിട്ടുണ്ട്), ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായുണ്ടാകുന്ന അപകടസാധ്യതകൾ, സങ്കീർണതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ എന്നിവ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുന്നു. അതിനാൽ ഞാൻ AK ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് സമ്മതിക്കുന്നു.

(കണ്ണുകളിൽ) എ.കെ. പ്രകടനം നടത്തണമെന്ന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു .

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്യൂമെന്റ് പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്യൂമെന്റ്.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്യൂമെന്റ് ഒപ്പ്:.....

തീയതി:..... സ്ഥലം:.....

4. ഫാകിക് ഐഒഎൽ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

ഫാകിക് ഐഒഎൽ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവം

ഫാകിക് ഇൻട്രാക്യുലർ ലെൻസിന്റെ ശസ്ത്രക്രിയാ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ പ്രസ്വദൃഷ്ടി പരിഹരിക്കുന്നതിനുള്ള നിരവധി ബദലുകളിൽ ഒന്നാണ്. ഫാകിക് ഇംപ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയയിൽ, ഒരു കൃത്രിമ ലെൻസ് (ഐസിഎൽ അല്ലെങ്കിൽ വെരിസിസ് പോലുള്ളവ) ഫാക്കിക് ഇൻട്രാക്യുലർ ലെൻസ്) ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ കണ്ണിനുള്ളിൽ സ്ഥാപിക്കുന്നു. തിമിര ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കാഴ്ച ശരിയാക്കുന്നതിനായി നിലവിൽ കണ്ണിൽ ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്യുന്ന ഇൻട്രാക്യുലർ ലെൻസുകൾക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്ന തരത്തിലുള്ള മെറ്റീരിയലിൽ നിന്നാണ് ലെൻസ് നിർമ്മിച്ചിരിക്കുന്നത്. ഫാക്കിക് ഇംപ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയയും മറ്റ് ഇൻട്രാക്യുലർ ലെൻസ് ഇംപ്ലാന്റുകളും തമ്മിലുള്ള വ്യത്യാസം, ഫാക്കിക് ഇംപ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ നിങ്ങളുടെ സ്വാഭാവിക ലെൻസ് നീക്കം ചെയ്യുന്നില്ല എന്നതാണ്. നിങ്ങളുടെ സ്വാഭാവിക ലെൻസിനു പുറമേയാണ് ഫാക്കിക് ലെൻസ് ചേർക്കുന്നത്. ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യ, പെരി-ബൾബാർ ബ്ലോക്കിന് കീഴിലാണ് ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നത്.

ഫാകിക് ലെൻസിന് പിന്നിൽ ഇൻട്രാക്യുലർ ദ്രാവകം അടിഞ്ഞുകൂടുന്നില്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കാൻ സർജൻ നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ നിറമുള്ള ഭാഗത്ത് (ഐറിസ്) രണ്ട് ചെറിയ ദ്വാരങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കും; ഈ പ്രക്രിയയെ ഇറിഡോടോമി എന്ന് വിളിക്കുന്നു . ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ ഒരു ഉപകരണം (സർജിക്കൽ ഇറിഡോടോമി) ഉപയോഗിച്ചാ അല്ലെങ്കിൽ ലേസർ (YA ബ്ലേസർ ഇറിഡോടോമി) ഉപയോഗിച്ചാ ഫാകിക് ഇംപ്ലാന്റ് സ്ഥാപിക്കുന്നതിന് രണ്ടാഴ്ചയ്ക്കുള്ളിലോ ഇത് നടക്കും.

സൂചനകളും പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന നേട്ടങ്ങളും

നിങ്ങൾക്ക് മധോപിയ, ഹൈപ്പറോപിയ അല്ലെങ്കിൽ ആസ്റ്റിഗ്മാറ്റിസം ഉണ്ടെങ്കിൽ, ഗ്ലാസുകളോ കോൺടാക്റ്റ് കണ്ണുകളോ ഉപയോഗിക്കാതെ തന്നെ ഫാകിക് ഇംപ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയ നിങ്ങളുടെ സ്വാഭാവിക കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തും. കൂടാതെ, നീക്കം ചെയ്യാവുന്നതും കൂടുതൽ സ്വാഭാവിക കോർണിയൽ ആക്യൂട്ടി നിലനിർത്തുന്നതും ഇവയുടെ ഗുണമാണ്. ഫാകിക് ഐഒഎൽ രോഗിക്ക് അനുഭവപ്പെടില്ല, അറ്റകുറ്റപ്പണികൾ ആവശ്യമില്ല, കൂടാതെ നഗ്നനേത്രങ്ങൾക്ക് കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസിനേക്കാൾ കുറവായി ദൃശ്യമാകും. ഫാകിക് ഐഒഎൽ ഇംപ്ലാന്റുകൾ തിരഞ്ഞെടുക്കുന്ന രോഗികൾ, ലാസിക് അല്ലെങ്കിൽ പിആർകെ പോലുള്ള മറ്റ് റിഫ്രാക്റ്റീവ് നടപടിക്രമങ്ങൾക്ക് വിധേയരാകുന്ന രോഗികളെപ്പോലെ, ഈ പ്രക്രിയയിൽ എന്നെന്നേക്കുമായി “ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കില്ല”.

ഇതര ചികിത്സ

കണ്ണടകളുടെയും/അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളുടെയും തുടർച്ചയായ ഉപയോഗം നല്ല കാഴ്ച നൽകുമെന്നും ഗ്ലാസുകളുടെയും/അല്ലെങ്കിൽ കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകളുടെയും ആശ്രിതത്വം കുറയ്ക്കുന്നതിനുള്ള ഒരു ബദലാണ് ഫാകിക് ഐഒഎൽ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങൾ, അപകടസാധ്യതകൾ, സങ്കീർണതകൾ കാഴ്ചയ്ക്ക് ഭീഷണിയാകുന്ന സങ്കീർണതകൾ:

അനസ്തേഷ്യ സങ്കീർണതകൾ: മിക്ക കേസുകളിലും, ശസ്ത്രക്രിയയിൽ കണ്ണിനു ചുറ്റും ഒരു കുത്തിവയ്പ് ഉപയോഗിച്ചാണ് അനസ്തേഷ്യ നൽകുന്നത്. കുത്തിവയ്പുകളിൽ നിന്നുള്ള വളരെ അപൂർവമായ സങ്കീർണതകളിൽ കണ്ണിന്റെ പേശികൾക്ക് കേടുപാടുകൾ, കണ്ണിന്റെ സുഷിരം, റെറ്റിനയ്ക്കോ ഒപ്റ്റിക് നാഡിയിലോ ഉണ്ടാകുന്ന കേടുപാടുകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു, ഇത് vision ന്റെ നഷ്ടത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്നു.

അണുബാധ: നേരിയതോ കഠിനമോ ആയ അണുബാധ സാധ്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. നേരിയ അണുബാധ സാധാരണയായി ആൻറിബയോട്ടിക്സുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സിക്കാം, സാധാരണയായി സ്ഥിരമായ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ കാരണമാകില്ല. ഗുരുതരമായ അണുബാധ, ആൻറിബയോട്ടിക്സുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സിച്ചാലും, സ്ഥിരമായ വടുക്കൾക്കും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനും ഇടയാക്കും.

ഐറിസ് അട്രാഫി: ഐറിസിന് (കണ്ണിന്റെ നിറമുള്ള ഭാഗം) കേടുപാടുകൾ സംഭവിച്ച് ഐറിസ് അട്രാഫിയിലേക്ക് നയിക്കപ്പെടുകയോ കണ്ണിലെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കുകയോ (സെക്കൻഡറി ഗ്ലോക്കോമ) സംഭവിക്കാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഇത് സംഭവിച്ചാൽ എനിക്ക് വീണ്ടും ഇറിഡോടോമി ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം അല്ലെങ്കിൽ മർദ്ദം നിയന്ത്രിക്കാൻ കണ്ണിൽ തുള്ളിമരുന്ന് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് : എനിക്ക് ഒരു റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അതായത് കണ്ണിന്റെ പിൻഭാഗത്തുള്ള ഒട്ടിപ്പിടിക്കുന്ന അവസ്ഥയിൽ നിന്ന് റെറ്റിന വേർപെടുന്നത്, ഇത് സാധാരണയായി റെറ്റിനയിലെ ഒരു കീറൽ മൂലമുണ്ടാകുകയും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ കാരണമാവുകയും ചെയ്യും. സാധാരണ ജനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് മിതമായതോ ഉയർന്നതോ ആയ പ്രസ്വദ്യഷ്വിയുള്ള രോഗികൾക്ക് റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റിനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലാണ്. ഫാക്ട് IDL ഇംപ്ലാന്റേഷൻ വഴി ഈ അപകടസാധ്യത വർദ്ധിച്ചേക്കാം .

തിമിരം: എനിക്ക് തിമിരം ഉണ്ടാകാമെന്നും, കണ്ണിന്റെ സ്വാഭാവിക ലെൻസിൽ മേഘാവൃതമായ രൂപം ഉണ്ടാകാമെന്നും, ഇത് സാധാരണ കാഴ്ചയെ തടസ്സപ്പെടുത്തുമെന്നും, ലെൻസ് നീക്കം ചെയ്യൽ, ഫാക്കിക് ഇംപ്ലാന്റ്, ഒരു കൃത്രിമ ലെൻസ് ഇടൽ എന്നിവ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

(എഡിമ) അല്ലെങ്കിൽ കോർണിയയുടെ ആന്തരിക ഉപരിതലത്തിലെ കോശങ്ങളുടെ തുടർച്ചയായ നഷ്ടം (എൻഡോതെലിയൽ കോശങ്ങൾ) ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. കോർണിയയെ ആരോഗ്യകരവും വ്യക്തവുമായി നിലനിർത്തുന്നതിൽ ഈ കോശങ്ങൾ ഒരു പങ്കു വഹിക്കുന്നു. കോർണിയൽ എഡിമയും എൻഡോതെലിയൽ കോശങ്ങളുടെ നഷ്ടവും കോർണിയയുടെ മങ്ങിയതും അതാദ്യവുമായ രൂപത്തിന് കാരണമായേക്കാം, ഇത് കാഴ്ച കുറയ്ക്കുകയും കോർണിയൽ ട്രാൻസ്പ്ലാന്റ് ആവശ്യമായി വരികയും ചെയ്തേക്കാം.

ഗ്ലോക്കോമ: കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കുന്നതിലൂടെ ഉണ്ടാകുന്ന ഗ്ലോക്കോമ എന്ന അവസ്ഥ എനിക്ക് ഉണ്ടാകാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഗ്ലോക്കോമ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ ഇടയാക്കും, ദീർഘകാലമെന്നുകണ്ടാ ശസ്ത്രക്രിയയോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ എന്റെ കാഴ്ചയ്ക്ക് ഭീഷണിയാകുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു, അവയിൽ ഐറിറ്റിസ് അല്ലെങ്കിൽ ഐറിസിന്റെ വീക്കം (ഉടനടിയുള്ളതും സ്ഥിരവുമായത്), യുവിയൈറ്റിസ്, രക്തസ്രാവം, റെറ്റിനയിലെ വീക്കം (മാക്യുലാർ എഡിമ), മറ്റ് കാഴ്ച സങ്കീർണതകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു. അപൂർവമാണെങ്കിലും, ചില സങ്കീർണതകൾ കാഴ്ച പൂർണ്ണമായും നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ കണ്ണ് നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ കാരണമാകാം. ദിവസങ്ങൾ, ആഴ്ചകൾ, മാസങ്ങൾ, അല്ലെങ്കിൽ വർഷങ്ങൾക്ക് ശേഷം പോലും സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാം.

കാഴ്ചയ്ക്ക് ഭീഷണിയല്ലാത്ത പാർശ്വഫലങ്ങൾ

ഗ്ലെയർ അല്ലെങ്കിൽ ഹാലോസ്: പ്രകാശത്തിനോ രാത്രി ഗ്ലെയറിനോ ഉള്ള സംവേദനക്ഷമത വർദ്ധിച്ചേക്കാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. രാത്രിയിൽ ലൈറ്റുകൾക്ക് ചുറ്റും “ സ്റ്റാർബർസ്റ്റിംഗ് “ അല്ലെങ്കിൽ ഹാലോ ഇഫക്റ്റ് ഉണ്ടാകാമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഈ പാർശ്വഫലത്തിന്റെ അപകടസാധ്യത എന്റെ പ്യൂപ്പിളിന്റെ വലുപ്പവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കാം, വലിപ്പം കൂടിയ പ്യൂപ്പിളുകൾ എന്നെ കൂടുതൽ അപകടസാധ്യതയിലാക്കിയേക്കാം.

തിരുത്തൽ കുറവ്/അമിത തിരുത്തൽ: അമിതമായ തിരുത്തലോ കുറവ് തിരുത്തലോ സംഭവിക്കാമെന്നും, അത് എനിക്ക് ദീർഘദൃഷ്ടി ഉണ്ടാകാനോ, പ്രസ്വദൃഷ്ടി നിലനിർത്താനോ, എന്റെ ആസ്തിത്വത്തിനോ വർദ്ധിപ്പിക്കാനോ കാരണമാകുമെന്നും, ഇത് സ്ഥിരമായതോ ഗ്ലാസുകൾ, കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസുകൾ അല്ലെങ്കിൽ അധിക ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവയിലൂടെ ചികിത്സിക്കാവുന്നതോ ആകാം എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ: ഫാകിക് ലെൻസിന്റെ സ്ഥാനം മാറ്റുകയോ ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ നീക്കം ചെയ്യുകയോ മറ്റൊരു ലെൻസ് ഇംപ്ലാന്റിലേക്ക് മാറ്റുകയോ ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ലെൻസിന്റെ സ്ഥാനം മാറിയേക്കാം (ഡി -സെൻട്രേഷൻ), അല്ലെങ്കിൽ ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്ത ലെൻസിന്റേതിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമായ വലുപ്പമോ ശക്തിയോ ലെൻസിന് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. അധിക ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സാധ്യതയുള്ള സങ്കീർണതകളിൽ യഥാർത്ഥ ശസ്ത്രക്രിയയിൽ നിന്ന് സാധ്യമായ എല്ലാ സങ്കീർണതകളും ഉൾപ്പെടുന്നു.

ഫാകിക് ഇംപ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം , ആഘാതത്തിൽ നിന്നുള്ള പരിക്കുകളിൽ കണ്ണ് കൂടുതൽ ദുർബലമാകുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. അതിനാൽ, ചികിത്സിച്ച കണ്ണ് എല്ലാത്തരം പരിക്കുകൾക്കും കൂടുതൽ സാധ്യതയുള്ളതാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഒരു പത്ത്, പ്രൊജക്റ്റൈൽ, കൈമുട്ട്, മുഷി അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ആഘാതകരമായ വസ്തുക്കൾ കണ്ണിൽ സ്പർശിക്കാനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലുള്ള സ്പോർട്സിലോ മറ്റ് പ്രവർത്തനങ്ങളിലോ ഏർപ്പെടുമ്പോൾ സംരക്ഷണ ഗ്ലാസുകൾ ധരിക്കുന്നത് ഉചിതമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ഈ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തിയാൽ ചെറുപ്രായത്തിൽ തന്നെ വായനാ ഗ്ലാസുകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം .

ഫാകിക് ഇംപ്ലാന്റ് ശസ്ത്രക്രിയയിൽ നിന്ന് എനിക്ക് പ്രതീക്ഷിക്കാവുന്ന തിരുത്തൽ പൂർണ്ണതയുള്ളതായിരിക്കില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഈ പ്രക്രിയയിലൂടെ എന്റെ ജീവിതകാലം മുഴുവൻ, എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും, എല്ലായ്പ്പോഴും പൂർണ്ണതയുള്ള കാഴ്ച ലഭിക്കുമെന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കുന്നത് യഥാർത്ഥ്യത്തിന് നിരക്കാത്തതാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ജീവിതത്തിലെ ഏതെങ്കിലും ഒരു ഘട്ടത്തിൽ സൂക്ഷ്മമായ കാഴ്ച ആവശ്യമുള്ള ചില ആവശ്യങ്ങൾക്കായി എന്റെ കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്താൻ എനിക്ക് കണ്ണടകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് തൊട്ടുപിന്നാലെയോ വർഷങ്ങൾക്ക് ശേഷമോ ഇത് സംഭവിക്കാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഏതെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളും പ്രസ്താവിക്കുക അസാധ്യമായതിനാൽ, ഈ രൂപത്തിലുള്ള സങ്കീർണതകളുടെ പട്ടിക പൂർണ്ണമായിരിക്കില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ഫാകിക് ലെൻസ് ഉള്ളതിനാൽ, എന്റെ സർജ്ജ് ആവശ്യമെന്ന് തോന്നുന്ന എല്ലാ തുടർ സന്ദർശനങ്ങളിലും എന്നെ കാണേണ്ടത് പ്രധാനമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു .

വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/തുടർന്നുള്ള സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡും ഫോട്ടോയും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഫാകിക് ഐഐൽ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടുമ്പോൾ, ഞാൻ ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെന്ന് (അല്ലെങ്കിൽ എനിക്ക് ഇത് വായിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്) പ്രസ്താവിക്കുന്നു, കൂടാതെ ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും ഉദ്ദേശ്യവും സാധ്യമായ പാർശ്വഫലങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലായി. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർക്ക് എന്നെ അറിയിക്കാൻ കഴിയില്ലെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം ഡോക്ടർ നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

എന്റെ വലത്/ഇടത്/രണ്ട് കണ്ണുകളിലും ഫാകിക് ഐഐൽ ഉൾപ്പെടുത്തൽ നടത്താൻ ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു .

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

നെറ്റിന
ശസ്ത്രക്രിയകൾ

F

1. ക്രയോസർജറി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

നിർദ്ദേശിത ചികിത്സ

എന്റെ കണ്ണിൽ ഒരു റെറ്റിന (.....) ഉണ്ടെന്നും അത് കാഴ്ചക്ക് ഒരു അപകട ഘടകമാണെന്നും ക്രയോസർജറി (ARC/ ക്രയോപെക്സി / ക്രയോതൈറാപ്പി) ആവശ്യമാണെന്നും (രോഗിയുടെ പേര്) എന്ന എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് എന്റെ ഡോക്ടർ വിശദീകരിച്ചത്.,

അപകടസാധ്യതകൾ

നടപടിക്രമത്തിന് ഇനിപ്പറയുന്ന പ്രത്യേക അപകടസാധ്യതകളും പരിമിതികളും ഉണ്ടെന്ന് മനസ്സിലാക്കുന്നു :

- വീക്കം (വേദനയും ചുവപ്പും)
- വിട്രിയസ് രക്തസ്രാവം (കണ്ണിൽ രക്തസ്രാവം)
- റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്
- ഭാവിയിൽ ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന മാക്കുലാർ പക്കർ
- കോർണിയ സുതാര്യത നഷ്ടപ്പെടുക
- പിഗ്മെന്ററി അസ്യസ്ഥതകളും ഫീൽഡ് വൈകല്യവും
- കൂടുതൽ ക്രയോതൈറാപ്പി സെഷനുകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള അനസ്തേഷ്യ കുത്തിവയ്പ്പുകളുടെ പ്രാദേശിക സങ്കീർണതകൾ ഇവയാണ്:

- കണ്ണിനു ചുറ്റും വീക്കവും രക്തസ്രാവവും
- നേത്രഗോളത്തിന്റെ സുഷിരം
- കണ്പോള തുടങ്ങൽ
- അപൂർവമായ ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് കേടുപാടുകൾ
- റെറ്റിനയിലേക്കുള്ള രക്ത വിതരണത്തിലെ തടസ്സം
- ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, ഗ്ലാസതടസം തുടങ്ങിയ അലർജി പ്രതികരണങ്ങൾ

അനസ്തൈറ്റിക് ഏജന്റുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു . ഉപയോഗിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മരുന്നുകളിൽ നിന്ന് എനിക്ക് പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉണ്ടായേക്കാം. തലകറക്കം, ഓക്കാനം, ചൊറിച്ചിൽ എന്നിവയാണ് സാധാരണ പാർശ്വഫലങ്ങൾ.

വ്യക്തിഗത അപകടസാധ്യതകൾ

ഈ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ ഞാൻ പരിഗണിച്ച, എന്റെ വ്യക്തിഗത സാഹചര്യങ്ങൾക്ക് പ്രത്യേകമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന പ്രധാന അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണ്ണതകളും താഴെപ്പറയുന്നവയാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു:

.....

.....

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ആശുപത്രി സംഘത്തിലെ ഡോക്ടർമാർ നടപടിക്രമങ്ങളെക്കുറിച്ചും ഇതര ചികിത്സകളെക്കുറിച്ചും എന്നെ അറിയിച്ചു, ഈ വിഷയത്തെക്കുറിച്ചുള്ള എന്റെ പ്രത്യേക ചോദ്യങ്ങൾക്കും ആശങ്കകൾക്കും ഉത്തരം നൽകി.

ഈ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ എന്റെ വ്യക്തിഗത സാഹചര്യങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എന്തെങ്കിലും പ്രധാന അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണ്ണതകളും ഞാൻ സർജിക്കൽ സംഘവുമായി ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ആവശ്യമെങ്കിൽ എത്രയും വേഗം എനിക്ക് ഉപദേശവും കൗൺസിലിംഗും നൽകുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ശസ്ത്രക്രിയ വിജയിക്കുമെന്ന് എനിക്ക് ഒരു ഉറപ്പുമില്ല.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണ്ണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണ്ണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

2. സ്ക്രീനിൽ ബക്ക്ലിംഗ് സർജറി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട ചികിത്സ

..... (രോഗിയുടെ പേര്) ഇടത് /വലത് കണ്ണിൽ റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് ഉണ്ടെന്നും കൂടാതെ സ്ക്രീനിൽ ബക്ക്ലിംഗ് ലോക്കൽ/ജനറൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ ആസൂത്രണം ചെയ്തിട്ടുള്ളതാണ് എന്നും എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ എന്റെ ഡോക്ടർ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്

അപകടസാധ്യതകൾ

നടപടിക്രമത്തിന് ഇനിപ്പറയുന്ന പ്രത്യേക അപകടസാധ്യതകളും പരിമിതികളും ഉണ്ടെന്ന് മനസ്സിലാക്കുന്നു :

1. ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഉദ്ദേശ്യം നിറവേറ്റുന്നതിൽ പരാജയം
2. റെറ്റിന വീണ്ടും ഘടിപ്പിച്ചിട്ടും കാഴ്ചശക്തി മെച്ചപ്പെടുകില്ല. അത് റെറ്റിനയുടെ ശക്തിയെ ആശ്രയിച്ചിരിക്കും.
3. ഒന്നിലധികം ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നാൽ ശസ്ത്രക്രിയ പരാജയപ്പെടാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്, ഇത് നല്ല കാഴ്ചശക്തിക്കുള്ള സാധ്യത കുറയ്ക്കുന്നു.
4. ആദ്യ ശസ്ത്രക്രിയ പരാജയപ്പെട്ടാൽ, എനിക്ക് വിട്രിയോറെറ്റിനൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനാകേണ്ടി വന്നേക്കാം. അവിടെ സിലിക്കൺ ഓയിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഗ്യാസ് ടാംപോണേഡിംഗ് ഏജൻറുകളായി ഉപയോഗിക്കാം , അവയ്ക്ക് അതിന്റേതായ പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉണ്ട്.
5. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കണ്ണട ഉപയോഗിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം.
6. നേത്രഗോളത്തിന്റെ ദിശ മാറാനോ കണ്ണിന്റെ ചലനങ്ങളിൽ നിയന്ത്രണം ഉണ്ടാകാനോ സാധ്യതയുണ്ട്.
7. അണുബാധയ്ക്കും ബക്കിൾ എക്സ്പോഷർ ചെയ്യുന്നതിനും സാധ്യതയുള്ളതിനാൽ ബാൻഡും ബക്കിളും നീക്കം ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം.
8. എപ്പിറെറ്റിനൽ പാടയുടെയും മാക്കുലാർ നീരിന്റെയും വികസനം
9. വിട്രിയസ് രക്തസ്രാവം , അണുബാധ, കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം വർദ്ധിക്കൽ (ഗ്ലോക്കോമ), കോർണിയ വൈകല്യങ്ങൾ, തിമിരം, ഇരട്ട കാഴ്ച, കണ്പോളകൾ തൂങ്ങൽ, കണ്ണിലെ സുപ്രധാന കലകളിലേക്കുള്ള രക്തചംക്രമണം നഷ്ടപ്പെടൽ തുടങ്ങിയ സങ്കീർണതകൾ എനിക്ക് ഉണ്ടായേക്കാം, ഇത് കാഴ്ച കുറയാനോ നഷ്ടപ്പെടാനോ കാരണമാകും.
10. എന്റെ മറ്റേ കണ്ണിന് ഉൾപ്പെടാൻ സാധ്യതയുള്ള സിമ്പതെറ്റിക് ഒഫ്താൽമിയ എന്ന വളരെ അപൂർവമായ അപകടസാധ്യതയുണ്ട്.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ ചില അപകടസാധ്യതകൾ കൂടുതലായി കാണുന്നത് പുകവലിക്കുന്നവരാണോ, എനിക്ക് അമിതഭാരമുണ്ടോ, പ്രമേഹമുണ്ടോ, ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദമുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ മുമ്പ് ഹൃദ്രോഗം

ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടുണ്ടോ എന്നിവയാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു .

കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള അനസ്തേഷ്യ കുത്തിവയ്പ്പുകളുടെ പ്രാദേശിക സങ്കീർണതകളിൽ ഇവ ഉൾപ്പെടുന്നു:

1. കണ്ണിനു ചുറ്റും വീക്കവും ചുവപ്പും
2. നേത്രഗോള പാളികളിലെ സുഷിരം
3. ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് കേടുപാടുകൾ സംഭവിക്കുകയും റെറ്റിനയിലേക്കുള്ള രക്ത വിതരണം തടസ്സപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നു.
4. മുകളിലെ കണ്പോള തുടങ്ങിക്കിടക്കൽ
5. ശ്വസന തടസ്സം
6. ഹൈപ്പോടെൻഷൻ
7. അലർജി പ്രതികരണം

ഏതെങ്കിലും അനസ്തെറ്റിക് ഏജന്റുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഉപയോഗിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മരുന്നുകളിൽ നിന്ന് എനിക്ക് പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉണ്ടായേക്കാം. തലകറക്കം, ഓക്കാനം, ചർമ്മത്തിലെ ചൊരിച്ചിൽ എന്നിവയാണ് സാധാരണ പാർശ്വഫലങ്ങൾ.

വ്യക്തിഗത അപകടസാധ്യതകൾ

എന്റെ വ്യക്തിഗത സാഹചര്യങ്ങൾക്ക് ബാധകമായ പ്രത്യേക അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് എന്റെ ഡോക്ടർ എന്നോട് പറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്, എന്റെ ഓപ്പറേഷൻ തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ ഞാൻ അവ പരിഗണിച്ചിട്ടുണ്ട്:

.....

.....

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ രോഗനിർണ്ണയം നടത്തുന്നതിൽ എന്റെ ഡോക്ടർമാരും ആശുപത്രി സംഘവും നടത്തിയ ശ്രമങ്ങൾക്ക് ഞാൻ നന്ദി പറയുന്നു. ചികിത്സാ രീതിയും ഇതര ചികിത്സാ രീതികളും അവർ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു. എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമത്തിന്റെ ഗുണങ്ങളും സങ്കീർണതകളും എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയാ സംഘവുമായി ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും ഓപ്പറേഷൻ തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ അവ പരിഗണിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ബദൽ ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് എന്റെ പൂർണ്ണ അധികാരം ഞാൻ നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതപത്രത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്ര, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും, മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും, ദൃശ്യ സംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി അവയോടൊപ്പമുള്ള ചിത്രമോ വിവരണാത്മക വാചകമോ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി, നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/ തുടർന്നുള്ള സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡും ഫോട്ടോയും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

3. വിദ്രിയോ -റെറ്റിനൽ സർജറി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

നിർദ്ദേശിത ചികിത്സ

.....(രോഗിയുടെ പേര്) എന്ന എന്റെ.....
കണ്ണിൽ.....ഉണ്ടെന്ന് എന്റെ ഡോക്ടർ എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന
ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. അതിന്ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നിരിക്കുന്നു.

അപകടസാധ്യതകൾ

അനസ്തെറ്റിക് ഏജൻറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾ.

ഉപയോഗിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മരുന്നുകളിൽ നിന്ന് എനിക്ക് പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉണ്ടായേക്കാം.
സാധാരണമായ പാർശ്വഫലങ്ങളിൽ തലകറക്കം, ഓക്കാനം, ചർമ്മത്തിലെ ചൊറിച്ചിൽ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു.
ഈ നടപടിക്രമത്തിന് താഴെപ്പറയുന്ന പ്രത്യേക അപകടസാധ്യതകളും പരിമിതികളും ഉണ്ടെന്ന് ഞാൻ
മനസ്സിലാക്കുന്നു:

- റെറ്റിന വീണ്ടും ഘടിപ്പിച്ചിട്ടും കാഴ്ചശക്തിയിൽ പുരോഗതിയില്ല.
- ശസ്ത്രക്രിയയെ ആശ്രയിച്ച്, ടാംപോണേഡിന് സിലിക്കൺ ഓയിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഗ്യാസ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം .
- സിലിക്കോൺ ഓയിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഗ്യാസ് കുത്തിവയ്പ് നടത്തുമ്പോൾ, ശസ്ത്രക്രിയയെ ആശ്രയിച്ച് ഞാൻ ചില പ്രത്യേക രീതിയിൽ ഇരിക്കുകയോ കിടക്കുകയോ ചെയ്യേണ്ടിവരും .
- ഗ്യാസ് കുത്തിവച്ചാൽ, വാതകം ആഗിരണം ചെയ്യപ്പെടുന്നതുവരെ ഞാൻ വിമാന യാത്ര നിയന്ത്രിക്കേണ്ടിവരും.
- സിലിക്കോൺ ഓയിൽ കുത്തിവച്ചാൽ, എണ്ണ നീക്കം ചെയ്യാൻ വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വരും. സിലിക്കോൺ ഓയിൽ നീക്കം ചെയ്തതിനുശേഷം റെറ്റിന വീണ്ടും വേർപെടാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്, ഇതിന് ആവർത്തിച്ചുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
- ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അന്തിമഫലം അറിയാൻ മാസങ്ങൾ വരെ എടുത്തേക്കാം.
- ഏതൊക്കെ കേസുകളാണ് നന്നായി വിജയിക്കുക എന്ന് ഓപ്പറേഷന് മുമ്പ് പ്രവചിക്കാൻ കഴിഞ്ഞെങ്കില്ല.
- ഭാവിയിൽ അതേ കണ്ണിലോ എതിർ കണ്ണിലോ കൂടുതൽ റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട്. ചുരുക്കം ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, അന്ധത തടയാൻ കഴിയില്ല.
- വിദ്രിയസ് രക്തസ്രാവം , അണുബാധ, കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം ഉയരൽ തുടങ്ങിയ സങ്കീർണതകൾ എനിക്ക് ഉണ്ടായേക്കാം.
- (ഗ്ലോക്കോമ), നന്നായി സുഖപ്പെടാത്തതോ അല്ലെങ്കിൽ സുഖപ്പെടാത്തതോ ആയ കോർണിയ വൈകല്യങ്ങൾ, കോർണിയയിലെ സുതാര്യത നഷ്ടപ്പെടൽ, ലെൻസ് ഉടനടി നീക്കം ചെയ്യേണ്ടി

വന്നേക്കാവുന്ന തിമിരം , ഇരട്ട കാഴ്ച, കണ്പോളകൾ തുങ്ങൽ, കണ്ണിലെ സുപ്രധാന കലകളിലേക്കുള്ള രക്തചംക്രമണം നഷ്ടപ്പെടൽ, ഇത് കാഴ്ച കുറയുന്നതിനോ നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ കാരണമാകുന്നു .

- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ ലെൻസ് നീക്കം ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം. ആ സമയത്ത് അത് ഇൻട്രാക്യുലർ ലെൻസ് ഉപയോഗിച്ച് മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുകയോ ചെയ്യാതിരിക്കുകയോ ചെയ്യാം. വിട്രിയോറെറ്റിനൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം തിമിരം ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലാണ്, കൂടാതെ തിമിര ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
- എന്റെ മറ്റേ കണ്ണിനും ബാധിക്കാൻ സാധ്യതയുള്ള സിമ്പതെറ്റിക് ഒഫ്താൽമിയ എന്ന വളരെ അപൂർവമായ അപകടസാധ്യതയുണ്ട് .

വ്യക്തിഗത അപകടസാധ്യതകൾ

ഈ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ ഞാൻ പരിഗണിച്ച, എന്റെ വ്യക്തിഗത സാഹചര്യങ്ങൾക്ക് പ്രത്യേകമായി ഉണ്ടാകാവുന്ന പ്രധാന അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും താഴെപ്പറയുന്നവയാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കുന്നു:

.....

.....

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ആശുപത്രി സംഘത്തിലെ ഡോക്ടർമാർ നടപടിക്രമങ്ങളെക്കുറിച്ചും ഇതര ചികിത്സകളെക്കുറിച്ചും എന്നെ അറിയിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ഈ വിഷയത്തെക്കുറിച്ചുള്ള എന്റെ പ്രത്യേക ചോദ്യങ്ങൾക്കും ആശങ്കകൾക്കും ഉത്തരം നൽകിയെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു .

ഈ ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താൻ തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ എന്റെ വ്യക്തിഗത സാഹചര്യങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എന്തെങ്കിലും പ്രധാന അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും ഞാൻ സർജിക്കൽ സംഘവുമായി ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ആവശ്യമെങ്കിൽ എത്രയും വേഗം എനിക്ക് ഉപദേശവും കൗൺസിലിംഗും നൽകുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ശസ്ത്രക്രിയ വിജയിക്കുമെന്ന് എനിക്ക് ഒരു ഉറപ്പുമില്ല.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെപ്രത്യേകിച്ച്ബാധിക്കുന്നഅപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച്ചർച്ചചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നുംപ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....
.....
തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

4. മാക്യുലർ ഹോൾ സർജറി/ ഇന്റർഫ്ലൂവിയം നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള പാർസ് പ്ലാന വിശദീകരണം

രോഗിയുടെ പേര്:
പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
പിതാവിന്റെ പേര്:
വിലാസം:.....ഫോൺ:

നിർദ്ദേശിത ചികിത്സ

.....(രോഗിയുടെ പേര്) എന്ന എന്റെ..... (വലത് / ഇടത്) കണ്ണിൽ..... (അസുഖത്തിന്റെ പേര്) ഉണ്ടെന്നും, അതിന്..... (ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പേര്) ആസൂത്രണം ചെയ്തതാണെന്നും എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ എന്റെ ഡോക്ടർ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

അപകടസാധ്യതകൾ

ഈ നടപടിക്രമത്തിന് താഴെപ്പറയുന്ന പ്രത്യേക അപകടസാധ്യതകളും പരിമിതികളും ഉണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു:

1. മാക്കുലാർ ദ്വാരം അടയണമെന്നില്ല (10-20%, പ്രാഥമികമായി അസുഖത്തിന്റെ ദൈർഘ്യത്തെയും വലുപ്പത്തെയും ആശ്രയിച്ച്). പ്രാരംഭ അടച്ചതിനുശേഷം ദ്വാരം വീണ്ടും തുറന്നേക്കാം.
2. ദ്വാരം അടച്ചിട്ടും കാഴ്ചശക്തി മെച്ചപ്പെടുകില്ല.
3. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം തല കുനിച്ചുവെച്ച് ഇരിക്കുകയോ കിടക്കുകയോ ചെയ്യേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത
4. തുടർന്നുള്ള ശസ്ത്രക്രിയകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാവുന്ന റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റുകൾ (1 -2%)
5. വിട്രിയസ് രക്തസ്രാവം
6. അണുബാധ (0.02%-0.1 %)
7. വീക്കം (വേദനയും ചുവപ്പും)
8. ഉയർന്ന കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം (ഗ്ലോക്കോമ)
9. തിമിരം, ലെൻസ് ഉടനടി നീക്കം ചെയ്യേണ്ടി വന്നേക്കാം.
10. മോശമായി സുഖപ്പെടുത്തുന്നതോ സുഖപ്പെടാത്തതോ ആയ കോർണിയ വൈകല്യങ്ങൾ
11. കോർണിയയുടെ സുതാര്യത നഷ്ടപ്പെടൽ
12. എപി - റെറ്റിനൽ പാടയുടെ ആവർത്തനം
13. മാക്കുലാർ നീര്
14. കാഴ്ചശക്തി മെച്ചപ്പെടാൻ 12 മുതൽ 18 മാസം വരെ എടുത്തേക്കാം.
15. വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയ ആവിശ്യമായിവരുക
16. എന്റെ മറ്റേ കണ്ണിന് ഉൾപ്പെടാൻ സാധ്യതയുള്ള സിമ്പതെറ്റിക് ഒഫ്താൽമിയ എന്ന വളരെ അപൂർവമായ അപകടസാധ്യതയുണ്ട്.

കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള അനസ്തേഷ്യ കുത്തിവയ്പ്പുകളുടെ പ്രാദേശിക സങ്കീർണതകൾ ഇവയാണ്:

1. കണ്ണിനു ചുറ്റും വീക്കവും ചുവപ്പും
2. നേത്രപാളികളിലെ സുഷിരം
3. ഒപ്റ്റിക് നാഡിക്ക് കേടുപാടുകൾ സംഭവിക്കുകയും റെറ്റിനയിലേക്കുള്ള രക്ത വിതരണം തടസ്സപ്പെടുകയും ചെയ്യുന്നു.
4. മുകളിലെ കണ്പോള തുടങ്ങിക്കിടക്കൽ
5. ശ്വസന തടസ്സം
6. ഹൈപ്പോടെൻഷൻ
7. അലർജി

അനസ്തെറ്റിക് ഏജന്റുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു . ഉപയോഗിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മരുന്നുകളിൽ നിന്ന് എനിക്ക് പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉണ്ടായേക്കാം. തലകറക്കം, ഓക്കാനം, ചർമ്മത്തിലെ ചൊറിച്ചിൽ എന്നിവയാണ് സാധാരണ പാർശ്വഫലങ്ങൾ.

വ്യക്തിഗത അപകടസാധ്യതകൾ

എന്റെ വ്യക്തിഗത സാഹചര്യങ്ങൾക്ക് ബാധകമായ പ്രത്യേക അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് എന്റെ ഡോക്ടർ എന്നോട് പറഞ്ഞിട്ടുണ്ട്, എന്റെ ഓപ്പറേഷൻ തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ ഞാൻ അവ പരിഗണിച്ചിട്ടുണ്ട്:

.....

.....

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ രോഗം നിർണ്ണയിക്കുന്നതിൽ എന്റെ ഡോക്ടർമാരും ആശുപത്രി സംഘവും നടത്തിയ ശ്രമങ്ങൾക്ക് ഞാൻ നന്ദി പറയുന്നു, ചികിത്സാ രീതികളും ഇതര ചികിത്സാ രീതികളും അവർ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു.

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമത്തിന്റെ ഗുണങ്ങളും സങ്കീർണതകളും എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയാ സംഘവുമായി ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും ഓപ്പറേഷൻ തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ അവ പരിഗണിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ബദൽ ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് എന്റെ പൂർണ്ണ അധികാരം ഞാൻ നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതപത്രത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്ര, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും, മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും, ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി അവയോടൊപ്പമുള്ള ചിത്രമോ വിവരണാത്മക വാചകമോ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി, നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/ തുടർന്നുള്ള സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡും ഫോട്ടോയും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

5. വിദ്രിയസ് രക്തസ്രാവത്തിനുള്ള പാർസ് പ്ലാന വിട്രക്തമി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ സമ്മതം

.....(രോഗിയുടെ പേര്) എന്ന എന്റെ..... (വലത് / ഇടത്) കണ്ണിൽ വിദ്രിയസ് രക്തസ്രാവം ഉണ്ടെന്നും അതിന് പാർസ് പ്ലാന വിട്രക്തമി ചികിത്സ ആവശ്യമാണെന്നും എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ എന്റെ ഡോക്ടർ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

റെറ്റിനയുടെ വിലയിരുത്തലിന് ഈ നടപടിക്രമം ആവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് വിശദമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. നേരത്തെയും വൈകിയും വീണ്ടും രക്തസ്രാവം, റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റിനുള്ള സാധ്യത, എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്, സിലിക്കൺ ഓയിൽ കുത്തിവയ്പിന്റെ ആവശ്യകത, ഗ്ലോക്കോമ, തിമിരം, കോർണിയൽ സുതാര്യത നഷ്ടപ്പെടൽ, ബാൻഡ് ആക്യൂട്ടിയിലുള്ള കൈരാട്ടോപ്പതി, കാഴ്ചശക്തിയിൽ പുരോഗതിയില്ലായ്മ, അപൂർവ്വ സാഹചര്യങ്ങളിൽ, കാഴ്ചയിൽ കുറവ്, സിമ്പതറ്റിക് ഒഫ്താൽമിയ, വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകത, മറ്റേ കണ്ണിലെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകത തുടങ്ങിയ അപകടസാധ്യതകൾ എനിക്ക് വിശദമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നു.

അനസ്തേഷ്യയിൽ നടത്തുന്ന ശസ്ത്രക്രിയയിൽ ലോക്കൽ Bruises, കൺജക്റ്റിവയുടെ കീമോസിസ്, കൺജങ്ഷൻ, റെട്രോ ബൾബാർ രക്തസ്രാവം, ഗ്ലോബ് പെർഫോറേഷൻ, മയോടോക്സിസിറ്റി, ഒക്കുലോകാർഡിയാക് റിഫ്ലെക്സ് തുടങ്ങിയ ചില അപകടസാധ്യതകൾ ഉണ്ടെന്ന് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്.

അടിസ്ഥാന രോഗത്തിന്റെ ചികിത്സയ്ക്കായി ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ ലേസർ ഫോട്ടോകോഗുലേഷന്റെ ആവശ്യകത വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ലേസർ ഫോട്ടോകോഗുലേഷൻ കോൺട്രാസ്റ്റ് സെൻസിറ്റിവിറ്റി കുറയൽ, വർണ്ണ കാഴ്ച, തിളക്കം വർദ്ധിക്കൽ, സമീപ കാഴ്ച കുറയൽ, മൊത്തത്തിലുള്ള കാഴ്ച മണ്ഡലത്തിലെ കുറവ്, കോറോയ്ഡൽ എഫ്യൂഷൻ, കോറോയ്ഡൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് മുതലായവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നുവെന്നും എനിക്ക് ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

ഒരു കണ്ണിന് ശസ്ത്രക്രിയ എന്ന രീതിയിൽ ലഭിക്കുന്ന ചികിത്സ മറ്റൊരു കണ്ണിന് സംരക്ഷണം നൽകില്ലെന്ന് എനിക്ക് വ്യക്തമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്, കാരണം പിന്നീട് രോഗ പ്രക്രിയ മറ്റേ കണ്ണിലേക്കും ബാധിച്ചേക്കാം, മറ്റേ കണ്ണിന് അനുയോജ്യമെന്ന് തോന്നുന്ന പ്രത്യേക ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

എന്റെ കണ്ണുകളുടെ അവസ്ഥ, ശസ്ത്രക്രിയയുടെ അപകടസാധ്യതകൾ, ഗുണങ്ങൾ, ബദലുകൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എന്റെ ഡോക്ടർ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു. വിട്രക്തമി . ചികിത്സാ ഓപ്ഷനുകളെക്കുറിച്ച് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ എനിക്ക് അവസരം ലഭിച്ചു, ഡോക്ടർ എന്റെ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകി. ഈ നടപടിക്രമം എന്റെ കണ്ണിലെ അന്ധത തടയുമെന്ന് യാതൊരു ഉറപ്പുമില്ലെന്നും എന്റെ അവസ്ഥയെ ഫലപ്രദമായി ചികിത്സിക്കാൻ ആവശ്യമെങ്കിൽ ഈ നടപടിക്രമം ആവർത്തിക്കേണ്ടിവരുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള ഈ അറിവോടെയുള്ള സമ്മതപത്രം ഒപ്പിടുമ്പോൾ വിട്രക്തമിയുടെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സാധ്യമായ അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ, സങ്കീർണതകൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാകുമെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

6. ലേസർ ഫോട്ടോകോഗുലേഷൻ

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

നിർദ്ദേശിത ചികിത്സ

.....(രോഗിയുടെ പേര്) എന്ന എന്റെ..... (വലത് / ഇടത്) കണ്ണിൽ..... (അസുഖത്തിന്റെ പേര്) ഉണ്ടെന്നും, അതിന്..... (ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പേര്) ആസൂത്രണം ചെയ്തതാണെന്നും എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ എന്റെ ഡോക്ടർ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും

ഈ നടപടിക്രമത്തിന് താഴെപ്പറയുന്ന പ്രത്യേക അപകടസാധ്യതകളും പരിമിതികളും ഉണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു:

1. കാഴ്ചശക്തിയിലും/അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച മണ്ഡലത്തിലും കുറവ്
2. രാത്രി കാഴ്ചയിലെ ബുദ്ധിമുട്ട്
3. അടുത്തുള്ള വസ്തുക്കൾ കാണുന്നതിനോ ചെറിയ അക്ഷരങ്ങൾ വായിക്കുന്നതിനോ ഉള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്
4. വസ്തുക്കളുടെ നിറങ്ങളും വൈരുദ്ധ്യങ്ങളും മനസ്സിലാക്കുന്നതിൽ ബുദ്ധിമുട്ട്
5. വിദ്രിഗ് രക്തസ്രാവം
6. റെറ്റിനയിലെ പൊട്ടലുകളും റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റും
7. വീക്കം, വർദ്ധിച്ച മർദ്ദം
8. മാക്കുലാർ നീര്
9. ചികിത്സയ്ക്കിടയിലും നടപടിക്രമത്തിന് തൊട്ടുപിന്നാലെയും വേദന
10. കോർണിയൽ എപ്പിതേലിയം ഇളക്കുന്ന പ്രവണത
11. ഫോവിയയുടെ ആകസ്മിക ലേസർ മുറിവ്
12. ട്രാക്ഷണൽ റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് വഷളാകുക

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ രോഗം നിർണ്ണയിക്കുന്നതിൽ എന്റെ ഡോക്ടർമാരും ആശുപത്രി സംഘവും നടത്തിയ ശ്രമങ്ങളെ ഞാൻ അഭിനന്ദിക്കുന്നു , ചികിത്സാ രീതിയും ഇതര ചികിത്സാ രീതികളും അവർ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു. എന്റെ ചികിത്സാ നടപടിക്രമത്തിന്റെ ഗുണങ്ങളെയും സങ്കീർണതകളെയും കുറിച്ച് എന്റെ ഡോക്ടറുമായി ഞാൻ ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

7. ഇൻട്രാവിട്രിയൽ ഓസുർഡെക്സ്® ഇൻജക്ഷൻ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

Ozurdex®- നെ കുറിച്ച്

Ozurdex® എന്നത് ഒരു ചെറിയ ബയോഡീഗ്രേഡബിൾ ഇംപ്ലാന്റാണ്, ഇത് ഒരു പ്രത്യേക ആപ്ലിക്കേറ്റർ വഴി സൂചി ഉപയോഗിച്ച് കുത്തിവയ്ക്കുന്നു. ഇത് ഒരു ഒഫ്താൽമിക് ഇൻട്രാവിട്രിയൽ ഇൻജക്ഷനായി പ്രയോഗിക്കുന്നു. അതായത് ഇത് നിങ്ങളുടെ കണ്ണിലേക്ക് കുത്തിവയ്ക്കുന്നു. Ozurdex® കുത്തിവയ്പിന് മുമ്പ് തുള്ളികളുടെ രൂപത്തിൽ മതിയായ ലോക്കൽ അനസ്തെറ്റിക് നൽകുന്നു, അങ്ങനെ കുത്തിവയ്പ് സമയത്ത് നിങ്ങൾക്ക് വേദന അനുഭവപ്പെടുന്നില്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കാം.

ഓസുർഡെക്സിൽ ഡെക്സമെതസോൺ അടങ്ങിയിട്ടുണ്ട് , ഇംപ്ലാന്റ് ലയിക്കുമ്പോൾ ഇത് പതുക്കെ കണ്ണിലേക്ക് പുറത്തുവിടുന്നു. ശക്തമായ കോർട്ടികോസ്റ്റിറോയിഡുകൾ എന്നറിയപ്പെടുന്ന മരുന്നുകളുടെ ഒരു ഗ്രൂപ്പിൽ പെട്ടതാണ് ഡെക്സമെതസോൺ, ഇത് റെറ്റിനയുടെ വീക്കം, നീർവീക്കം എന്നിവ കുറയ്ക്കുകയും അതുവഴി കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുമെന്ന് തെളിയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

സാധ്യമായ പരിമിതികൾ

ചികിത്സയുടെ ലക്ഷ്യം കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് തടയുക എന്നതാണ്. ചില രോഗികൾക്ക് കാഴ്ച തിരികെ ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിലും, ഇതിനകം നഷ്ടപ്പെട്ട കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ മരുന്നുകൾക്ക് കഴിഞ്ഞേക്കില്ല, മാത്രമല്ല രോഗം മൂലമുണ്ടാകുന്ന കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് ആത്യന്തികമായി തടയാനും കഴിയില്ല.

ഇതരമാർഗങ്ങൾ

ചികിത്സയില്ലാതെ, ഈ രോഗങ്ങൾ കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടത്തിനും അന്ധതയ്ക്കും കാരണമാകും, ചിലപ്പോൾ വളരെ വേഗത്തിൽ. മറ്റ് ചികിത്സാരീതികളും ലഭ്യമാണ്. നിലവിൽ, BRVO, CRVO, DME എന്നിവ മൂലമുണ്ടാകുന്ന മാക്കുലാർ എഡീമയ്ക്ക് ഇന്ത്യയിൽ FDA-അംഗീകൃതമായ മറ്റൊരു ചികിത്സ ലഭ്യമാണ് - Anti VEGF ഇൻട്രാവിട്രിയൽ കുത്തിവയ്പ് . ഈ FDA-അംഗീകൃത മരുന്നിനു പുറമെ, ചില നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധർ നിങ്ങളുടേതുപോലുള്ള നേത്രരോഗങ്ങൾ ചികിത്സിക്കാൻ ഇൻട്രാവിട്രിയൽ അവാസ്റ്റിൻ, ട്രയാംസിനോലോൺ “ഓഫ്-ലേബൽ” എന്നിവ ഉപയോഗിക്കുന്നു.

Ozurdex ® ഉപയോഗവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രതികൂല ഫലങ്ങൾ

ചില പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഓസുർഡെക്സ് ® ഇംപ്ലാന്റ് മൂലമല്ല, കുത്തിവയ്പ് പ്രക്രിയ മൂലമാകാം - ഉദാഹരണത്തിന്, കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിൽ രക്തസ്രാവം, കണ്ണ് വേദന, വ്യക്തമായി കാണാൻ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ, കണ്ണിന് മുന്നിൽ പാടുകൾ ('ഫ്ലോട്ടറുകൾ' ഉൾപ്പെടെ), പ്രകാശത്തിന്റെ മിന്നലുകൾ കാണുന്നത് , നോക്കുന്ന ഒരു തോന്നൽ. മൂടൽമഞ്ഞിലൂടെയോ മൂടൽമഞ്ഞിലൂടെയോ, കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിൽ വീക്കം അല്ലെങ്കിൽ പോറൽ, കണ്ണിന്റെ ചുവപ്പ്, കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം കുറയൽ. എല്ലാ ഇൻട്രാ

വിദ്രിയൽ കുത്തിവയ്പ്പുകളുടെയും അറിയപ്പെടുന്ന അപകടസാധ്യതകൾ ഇവയാണ്.

Ozurdex® ന്റെ ഉപയോഗത്തിന്റെ സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും പാർശ്വഫലങ്ങളും തിമിരം, വർദ്ധിച്ച ഇൻട്രാക്യുലർ മർദ്ദം / ഗ്ലോക്കോമ, കണ്ണിനുള്ളിലും ചുറ്റുമുള്ള അണുബാധ എന്നിവയിൽ പരിമിതപ്പെടുന്നില്ല. (എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്). അപൂർവ്വ സങ്കീർണതകളിൽ റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്, ഇൻട്രാ ഒക്യുലർ രക്തസ്രാവം , വീക്കം, റെറ്റിനയ്ക്കോ കോർണിയയ്ക്കോ ഉണ്ടാകുന്ന കേടുപാടുകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു. അപൂർവ്വ സങ്കീർണതകളിൽ ഏതെങ്കിലും ഗുരുതരമായ, സ്ഥിരമായ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം.

രോഗിയുടെ ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ

1. ഞാൻ ഗർഭിണിയാണെങ്കിൽ, ഗർഭം ധരിക്കാൻ പദ്ധതിയിടുകയാണെങ്കിൽ, അല്ലെങ്കിൽ മുലയൂട്ടുകയാണെങ്കിൽ ഞാൻ എന്റെ ഡോക്ടറെ അറിയിക്കും.
2. അണുബാധയുടെ ലക്ഷണങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായാൽ ഞാൻ ഉടൻ തന്നെ എന്റെ ഡോക്ടറെ ബന്ധപ്പെടും: (വേദന, മങ്ങൽ അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച കുറയൽ, വെളിച്ചത്തോടുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്, കണ്ണിന്റെ ചുവപ്പ്, അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിൽ നിന്ന് സ്രവം).
3. കുത്തിവയ്പ്പിനു ശേഷമുള്ള എല്ലാ അപോയിന്റ്മെന്റുകളും ഞാൻ പാലിക്കും, അതുവഴി എന്റെ ഡോക്ടർക്ക് സങ്കീർണതകൾ പരിശോധിക്കാൻ കഴിയും.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

മുകളിലുള്ള വിശദീകരണം ഞാൻ വായിച്ചു കേൾപ്പിച്ചു. എന്റെ കണ്ണിന്റെ അവസ്ഥയുടെ സ്വഭാവം എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു, നിർദ്ദിഷ്ട ചികിത്സയും വിശദീകരിച്ചു തന്നു. ചികിത്സയുടെ അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ, ബദലുകൾ, പരിമിതികൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തു. എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു.

ഇൻട്രാവിദ്രിയൽ നൽകുന്നതിന് ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. എന്റെ ബാധിച്ച കണ്ണിൽ ആവശ്യാനുസരണം Ozurdex® നൽകാം. ഈ സമ്മതം ഞാൻ പിൻവലിക്കുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ ഈ മരുന്നിന്റെ അപകടസാധ്യതകളും ഗുണങ്ങളും ഗണ്യമായി വ്യത്യാസപ്പെടുന്ന തരത്തിലേക്ക് എന്റെ അവസ്ഥ മാറുന്നതുവരെയോ സാധുവായിരിക്കും.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം
പേര്:
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....
വിലാസം:.....
.....
ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1	സാക്ഷി 2
ഒപ്പ്:.....	ഒപ്പ്:.....
പേര്:.....	പേര്:.....
വിലാസം:.....	വിലാസം:.....
ഫോൺ:.....	ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....
.....
തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

8. ഇൻഡ്രാവിട്രിയൽ ട്രയാംസിനോലോൺ അസെറ്റോണൈഡ് (IVTA) കുത്തിവയ്പ്

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

ട്രയാംസിനോലോൺ അസെറ്റോണൈഡിനെക്കുറിച്ച്

ട്രയാംസിനോലോൺ അസെറ്റോണൈഡ് ഒരു സ്റ്റീറോയിഡ് ഏജന്റാണ്, ഇത് ഒരു നേത്ര ഇൻഡ്രാവിട്രിയൽ കുത്തിവയ്പായി പ്രയോഗിക്കുന്നു . അതായത് ഇത് നിങ്ങളുടെ കണ്ണിലേക്ക് കുത്തിവയ്ക്കുന്നു. കുത്തിവയ്പ് സമയത്ത് നിങ്ങൾക്ക് വേദന അനുഭവപ്പെടുന്നില്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കാൻ കുത്തിവയ്പിന് മുമ്പ് തുള്ളികളുടെ രൂപത്തിൽ മതിയായ ലോക്കൽ അനസ്തെറ്റിക് നൽകുന്നു.

ഇൻഡ്രാ -വിട്രിയൽ ട്രയാംസിനോലോൺ അസെറ്റോണൈഡ് (IVTA) കുത്തിവയ്പ് ഉപയോഗിച്ച്, ലയിക്കാത്ത ട്രയാംസിനോലോൺ പരലുകൾ വിട്രിയസിനുള്ളിൽ ലയിക്കുന്ന ട്രയാംസിനോലോൺ ആയി സ്വാഭാവികമായി ലയിക്കുന്നു. ട്രയാംസിനോലോൺ അസെറ്റോണൈഡ് ഗ്ലൂക്കോകോർട്ടിക്കോയിഡുകൾ എന്നറിയപ്പെടുന്ന മരുന്നുകളുടെ ഒരു ഗ്രൂപ്പിൽ പെടുന്നു, കൂടാതെ റെറ്റിനയുടെ വീക്കം, നീർവീക്കം എന്നിവ കുറയ്ക്കുകയും അതുവഴി കാഴ്ച മെച്ചപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നുവെന്ന് തെളിയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

“ഓഫ്-ലേബൽ” സ്റ്റാറ്റസ് വിവരങ്ങൾ

മറ്റ് പല നേത്രരോഗങ്ങൾക്കും ചികിത്സിക്കാൻ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധർ IVTA ഉപയോഗിക്കുന്നു. എന്നിരുന്നാലും, കണ്ണിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് യുഎസ് FDA (ഫുഡ് ആൻഡ് ഡ്രഗ് അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ) ഇത് അംഗീകരിച്ചിട്ടില്ല. “ഓഫ്-ലേബൽ “ ആവശ്യത്തിനായി ഒരു മരുന്ന് ഉപയോഗിക്കുന്നത് വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെ നിയമപരവും അനിവാര്യവുമായ ഭാഗമാണ്. ഒരു മരുന്ന് അംഗീകരിച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ, ആ ഉപയോഗം അവരുടെ രോഗിക്ക് ഗുണം ചെയ്യുമെങ്കിൽ ഡോക്ടർമാർക്ക് മറ്റ് ആവശ്യങ്ങൾക്കായി അത് “ഓഫ്-ലേബൽ” ആയി ഉപയോഗിക്കാമെന്ന് FDA സ്ഥിരീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. അങ്ങനെ ചെയ്യുന്നതിന് മുമ്പ്, നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധർ മരുന്നിനെക്കുറിച്ച് നന്നായി അറിയുകയും അതിന്റെ ഉപയോഗത്തിന് ശക്തമായ മെഡിക്കൽ തെളിവുകൾ ഉണ്ടായിരിക്കുകയും വേണം. ഈ സമയത്ത് നിങ്ങളുടെ കണ്ണിന്റെ അവസ്ഥ ചികിത്സിക്കാൻ ഈ മരുന്നിന്റെ “ഓഫ്-ലേബൽ” ഉപയോഗം ആവശ്യമാണെന്ന് നിങ്ങളുടെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ കരുതുന്നു.

സാധ്യമായ പരിമിതികൾ

ചികിത്സയുടെ ലക്ഷ്യം കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് തടയുക എന്നതാണ്. ചില രോഗികൾക്ക് കാഴ്ച തിരിച്ചുകിട്ടിയെങ്കിലും, ഇതിനകം നഷ്ടപ്പെട്ട കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ മരുന്നുകൾക്ക് കഴിഞ്ഞെങ്കില്ല, മാത്രമല്ല രോഗം മൂലമുണ്ടാകുന്ന കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് തടയാനും കഴിയില്ല.

ഇതരമാർഗങ്ങൾ

ചികിത്സയില്ലാതെ, ഈ രോഗങ്ങൾ കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടത്തിലേക്കും അന്ധതയിലേക്കും നയിച്ചേക്കാം, ചിലപ്പോൾ വളരെ വേഗത്തിൽ. മറ്റ് ചികിത്സാ രീതികളും ലഭ്യമാണ്. നിലവിൽ, മാക്കുലാർ എഡീമയ്ക്ക് ഇന്ത്യയിൽ FDA-അംഗീകൃതമായ മറ്റ് രണ്ട് ചികിത്സകൾ ലഭ്യമാണ്, eg Anti VEGF ഇൻട്രാ- വിട്രിയൽ ഇഞ്ചക്ഷൻ, ഇൻട്രാവിട്രിയൽ. ഓസുർഡെക്സ്® കുത്തിവയ്പ്. നിങ്ങളുടെതുപോലുള്ള നേത്രരോഗങ്ങൾ ചികിത്സിക്കുന്നതിനായി അവാസ്സിൻ “ഓഫ്-ലേബൽ” ചിലർ ഉപയോഗിക്കുന്നുണ്ട്.

IVTA ഉപയോഗവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രതികൂല ഫലങ്ങൾ

ചില പാർശ്വഫലങ്ങൾ മരുന്നിനാൽ ഉണ്ടാകില്ല, കുത്തിവയ്പ് പ്രക്രിയ മൂലമാകാം - ഉദാഹരണത്തിന്, കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിൽ രക്തസ്രാവം, കണ്ണിലെ വേദന, വ്യക്തമായി കാണാൻ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ, കണ്ണിന് മുന്നിൽ പാടുകൾ പോലെയുള്ള ഒരു തോന്നൽ ('ഫ്ലോട്ടറുകൾ' ഉൾപ്പെടെ), പ്രകാശത്തിന്റെ മിന്നലുകൾ കാണുന്നത്, മൂടൽമഞ്ഞിലൂടെയോ മൂടൽമഞ്ഞിലൂടെയോ നോക്കുന്നത് പോലെയുള്ള ഒരു തോന്നൽ, കണ്ണിന്റെ ഉപരിതലത്തിൽ വീക്കമോ പോറലോ, കണ്ണിന്റെ ചുവപ്പ്, കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം കുറയൽ. എല്ലാ ഇൻട്രാ-വിട്രിയൽ കുത്തിവയ്പുകളുടെയും അറിയപ്പെടുന്ന അപകടസാധ്യതകളാണിവ.

IVTA യുടെ സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളിൽ തിമിരം, വർദ്ധിച്ച ഇൻട്രാക്യുലർ മർദ്ദം/ഗ്ലോക്കോമ, കണ്ണിനുള്ളിലും ചുറ്റുപാടുമുള്ള അണുബാധ (എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്) എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു, എന്നാൽ ഇവയിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുന്നില്ല. അപൂർവ്വ സങ്കീർണതകളിൽ റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്, ഇൻട്രാക്യുലർ രക്തസ്രാവം, വീക്കം, റെറ്റിനയ്ക്കോ കോർണിയയ്ക്കോ ഉണ്ടാകുന്ന കേടുപാടുകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു. അപൂർവ്വ സങ്കീർണതകളിൽ ഏതെങ്കിലും ഗുരുതരമായ, സ്ഥിരമായ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നതിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം.

രോഗിയുടെ ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ

1. ഞാൻ ഗർഭിണിയാണെങ്കിൽ, ഗർഭം ധരിക്കാൻ പദ്ധതിയിടുകയാണെങ്കിൽ, അല്ലെങ്കിൽ മൂലയുട്ടുകയാണെങ്കിൽ ഞാൻ എന്റെ ഡോക്ടറെ അറിയിക്കും.
2. അണുബാധയുടെ ലക്ഷണങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായാൽ ഞാൻ ഉടൻ തന്നെ എന്റെ ഡോക്ടറെ ബന്ധപ്പെടും: വേദന, മങ്ങൽ അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച കുറയൽ, വെളിച്ചത്തോടുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്, കണ്ണിന്റെ ചുവപ്പ്, അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിൽ നിന്ന് സ്രവം.
3. കുത്തിവയ്പിനു ശേഷമുള്ള എല്ലാ അപ്പോയിന്റ്മെന്റുകളും ഞാൻ പാലിക്കും, അതുവഴി എന്റെ ഡോക്ടർക്ക് സങ്കീർണതകൾ പരിശോധിക്കാൻ കഴിയും.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

മുകളിലുള്ള വിശദീകരണം ഞാൻ വായിച്ചു കേൾപ്പിച്ചു. എന്റെ കണ്ണിന്റെ അവസ്ഥയുടെ സ്വഭാവം എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു, നിർദ്ദിഷ്ട ചികിത്സയും വിശദീകരിച്ചു തന്നു. ചികിത്സയുടെ അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ, ബദലുകൾ, പരിമിതികൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തു. എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു.

ആവശ്യമെങ്കിൽ, ചികിത്സിക്കുന്ന നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയാ വിദഗ്ദ്ധന് എന്റെ ബാധിച്ച കണ്ണിൽ IVTA നൽകാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഞാൻ അത് പിൻവലിക്കുന്നതുവരെ അല്ലെങ്കിൽ ഈ മരുന്നിന്റെ അപകടസാധ്യതകളും ഗുണങ്ങളും ഗണ്യമായി വ്യത്യാസപ്പെടുന്ന തരത്തിലേക്ക് എന്റെ അവസ്ഥ മാറുന്നതുവരെ ഈ സമ്മതം സാധുവായിരിക്കും.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജ്ജന് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....
 പേര്:.....
 വിലാസം:.....
 ഫോൺ:.....

ഡോക്യുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
 എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്യുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

9. ഇൻഡ്രാവിട്രിയൽ ഇൻജക്ഷൻ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

സൂചനകൾ

(രോഗിയുടെ പേര്.) എന്ന എനിക്ക് ഏറ്റവും നന്നായി മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിലാണ് എന്റെ ഡോക്ടർ വിശദീകരിച്ചത്, എന്റെ കണ്ണിൽ ഇഞ്ചക്ഷൻ ടോപ്പിക്കൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്നു.

സാധ്യമായ പരിമിതികൾ

ചികിത്സയുടെ ലക്ഷ്യം കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് തടയുക എന്നതാണ്. ചില രോഗികൾക്ക് കാഴ്ച തിരികെ ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിലും, ഇതിനകം നഷ്ടപ്പെട്ട കാഴ്ച പുനഃസ്ഥാപിക്കാൻ മരുന്നുകൾക്ക് കഴിഞ്ഞെങ്കിലും, മാത്രമല്ല രോഗം മൂലമുണ്ടാകുന്ന കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടുന്നത് ആത്യന്തികമായി തടയാനും കഴിയില്ല.

ഇതരമാർഗങ്ങൾ

ചികിത്സയില്ലാതെ, ഈ രോഗങ്ങൾ കൂടുതൽ കാഴ്ച നഷ്ടത്തിലേക്കും അന്ധതയിലേക്കും നയിച്ചേക്കാം, ചിലപ്പോൾ വളരെ വേഗത്തിൽ. ലഭ്യമായ മറ്റ് ചികിത്സാ രീതികളിൽ (റാണിബിസുമാബ്), ഐലിയ (എഫ്ലിബെർസെപ്റ്റ്), ഫാരിസിമാബ്, റാണിബിസുമാബ് ബയോസിമിലർ (Ranibizumab Biosimilar), എയ്ലിയ (അഫ്ലിബെർസെപ്റ്റ്) അവാസ്റ്റിൻ അല്ലെങ്കിൽ സ്റ്റീറോയിഡ് കുത്തിവയ്പ് എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു.

പാർശ്വഫലങ്ങൾ

സാധാരണ പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഇവയാണ്:

- കൺജക്റ്റിവൽ രക്തസ്രാവം അല്ലെങ്കിൽ ചുവപ്പ്
- കണ്ണിന്റെ അസ്വസ്ഥത
- വേദന
- മങ്ങിയ കാഴ്ച അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ചയിലെ മാറ്റങ്ങൾ
- നിങ്ങളുടെ കാഴ്ചയിൽ “പാടുകൾ” കാണുന്നത്
- കണ്ണിൽ രക്തസ്രാവം (വിട്രിയസ് രക്തസ്രാവം), റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ്
- തിമിരത്തിന്റെ പുരോഗതി/രൂപീകരണം
- മരുന്നുകളുടെ വ്യവസ്ഥാപരമായ പാർശ്വഫലങ്ങളിൽ ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം, മൂക്കിലെയും തൊണ്ടയിലെയും അണുബാധ, തലവേദന, ആർട്ട്രിറ്റിസ് ത്രോംബോസിസ് - ടിഫ്ലൈഡ പോലുള്ള എംബോളിക് സംഭവങ്ങൾ, ഹൃദയാഘാതം, പക്ഷാഘാതം എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു.

രോഗിയുടെ ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ

വേദന, മങ്ങൽ അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ചക്കുറവ്, വെളിച്ചത്തോടുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്, കണ്ണിന്റെ ചുവപ്പ്, അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിൽ നിന്ന് സ്രവം എന്നിവ പോലുള്ള അണുബാധയുടെ ലക്ഷണങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായാൽ ഞാൻ ഉടൻ തന്നെ എന്റെ ഡോക്ടറെ ബന്ധപ്പെടും. എന്റെ ഡോക്ടർക്ക് സങ്കീർണതകൾ പരിശോധിക്കാൻ കഴിയുന്ന തരത്തിൽ കുത്തിവയ്പിന് ശേഷമുള്ള എല്ലാ അപ്പോയിന്റ്മെന്റുകളും ഞാൻ പാലിക്കും.

എന്റെ ശരീരത്തിലെ മറ്റ് അവയവങ്ങളെ ബാധിക്കുന്ന ഗുരുതരമായ സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത കുറവാണെങ്കിലും, മലബന്ധം, ഛർദ്ദി എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വയറുവേദന, അസാധാരണമായ രക്തസ്രാവം, നെഞ്ചുവേദന, കടുത്ത തലവേദന, സംസാരവൈകല്യം, അല്ലെങ്കിൽ ശരീരത്തിന്റെ ഒരു വശത്ത് ബലഹീനത എന്നിവ അനുഭവപ്പെട്ടാൽ ഞാൻ ഉടൻ തന്നെ എന്റെ ഡോക്ടറെ ബന്ധപ്പെടും . കഴിയുന്നത്ര വേഗം, ഈ പ്രശ്നങ്ങളെക്കുറിച്ച് ചികിത്സിക്കുന്ന നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധനെയും അറിയിക്കും.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പ് നിർത്തേണ്ട ഒരു മരുന്നാണ് ഞാൻ കഴിക്കുന്നതെന്ന് ശസ്ത്രക്രിയാ വിദഗ്ദ്ധനെ ഞാൻ അറിയിക്കും.

അവാസ്സിന് ഇഞ്ചക്ഷൻ എടുക്കുന്നവർ

അവാസ്സിന് FDA അംഗീകാരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്നും നേത്രരോഗങ്ങളുടെ ചികിത്സയ്ക്ക് അംഗീകാരം ലഭിച്ചിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു . എന്നിരുന്നാലും, അവാസ്സിൻ ഉപയോഗിച്ച് ചികിത്സിക്കാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു, എന്റെ ഡോക്ടർ എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്ത സാധ്യതയുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ സ്വീകരിക്കാൻ ഞാൻ തയ്യാറാണ്. ഇൻട്രാവിട്രിയൽ നൽകാൻ ചികിത്സിക്കുന്ന നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയാ വിദഗ്ദ്ധനെ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. എന്റെ ബാധിച്ച കണ്ണിൽ ആവശ്യാനുസരണം അവാസ്സിൻ നൽകുക . ഈ സമ്മതം ഞാൻ പിൻവലിക്കുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ ഈ മരുന്നിന്റെ അപകടസാധ്യതകളും ഗുണങ്ങളും ഗണ്യമായി വ്യത്യാസപ്പെടുന്ന തരത്തിലേക്ക് എന്റെ അവസ്ഥ മാറുന്നതുവരെയോ സാധ്യമായിരിക്കും.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

മുകളിലുള്ള വിശദീകരണം എനിക്ക് വായിച്ചു തന്നു. എന്റെ കണ്ണിന്റെ അവസ്ഥയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു, നിർദ്ദിഷ്ട ചികിത്സയെക്കുറിച്ചും വിശദീകരിച്ചു തന്നു. ചികിത്സയുടെ അപകടസാധ്യതകൾ, ഗുണങ്ങൾ, ഇതരമാർഗങ്ങൾ, പരിമിതികൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എന്നോട് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. എന്റെ ഒരു കണ്ണിലോ രണ്ട് കണ്ണുകളിലോ ഒന്നിലധികം കുത്തിവയ്പുകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യമായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....

.....

.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും
രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും
ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

10. ഫണ്ടസ് ഫ്ലൂറസിൻ ആൻജിയോഗ്രാഫി/ ഇൻഡോസയാനിൻ ഗ്രീൻ ആൻജിയോഗ്രാഫി

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

നടപടിക്രമം

നിങ്ങളുടെ കൈയിലെ സിരകളിലൊന്നിലേക്ക് ഒരു ഡൈ-ഫ്ലൂറസിൻ അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഡോസയനൈൻ ഗ്രീൻ കുത്തിവയ്ക്കുന്നു. കണ്ണിന്റെ ആന്തരിക ഘടനകൾ, റെറ്റിന, കോറോയിഡ് എന്നിവയ്ക്കുള്ളിൽ അതിന്റെ കടന്നുപോകലിന്റെ ദ്രുത സീരിയൽ ഫോട്ടോഗ്രാഫുകൾ എടുക്കുന്നു (ആൻജിയോഗ്രാഫി). ഈ പരിശോധനയ്ക്കിടെ നിങ്ങൾക്കൊപ്പം ഒരു മുതിർന്ന സഹായിയും ഉണ്ടായിരിക്കണം.

ഈ പ്രക്രിയയിൽ നിന്ന് ലഭിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടറെ രോഗനിർണ്ണയം നടത്തുന്നതിനോ, ചികിത്സ ആസൂത്രണം ചെയ്യുന്നതിനോ, ചികിത്സയുടെ ഫലങ്ങൾ വിലയിരുത്തുന്നതിനോ സഹായിക്കുന്നു. സൂചി കുത്തലും ക്യാമറയുടെ ഫ്ലാഷും ഒഴികെ ഈ പരിശോധനയിൽ നിന്ന് മറ്റ് അസ്വസ്ഥതകളൊന്നുമില്ല, ഇത് നിരുപദ്രവകരമാണ്. ഫ്ലൂറസെൻ ഒരു വിഷരഹിത മരുന്നാണ്, ഇത് ഇനിപ്പറയുന്ന പാർശ്വഫലങ്ങൾക്ക് കാരണമാകും .

പാർശ്വഫലങ്ങൾ

- ഓക്സാനം (5 % രോഗികളിൽ) കുത്തിവയ്പിന് ഒരു മിനിറ്റ് കഴിഞ്ഞ് ചർദ്ദിയും ഓക്സാനവും. ഇത് സാധാരണയായി വേഗത്തിൽ കടന്നുപോകുന്നു. ആഴത്തിൽ ശ്വസിക്കുന്നത് ഈ ബുദ്ധിമുട്ട് മറികടക്കാൻ സഹായിക്കുന്നു. ഈ പരിശോധനയ്ക്ക് മുമ്പ് മണിക്കൂർ മുമ്പ് ഒഴിഞ്ഞവയറായിരിക്കുന്നത് ഓക്സാനവും ചർദ്ദിയും കുറയ്ക്കുന്നു.
- ഡൈയുടെ പുറംതള്ളൽ കാരണം ഇൻജക്ഷൻ സ്ഥലത്തു ചർമ വ്യതിയാനങ്ങൾ
- ധമനിയിലേക്ക് അബദ്ധത്തിൽ കുത്തിവയ്ക്കൽ
- അപസ്മാരം പോലുള്ള നാഡീസംബന്ധമായ പ്രശ്നങ്ങൾ
- അലർജി പ്രതികരണം, ചൊറിച്ചിലും.
- വാസോവഗൽ സിൻകോപ്പ്, ബോധം നഷ്ടപ്പെടുക
- സിരകളുടെ വീക്കം
- വളരെ അപൂർവമായി അന്നാഫൈലക്സിസ് അഥവാ ശക്തിയേറിയ അലർജി മൂലം ഹൃദയസ്തംഭനം / ശ്വാസതടസ്സം വരെ സംഭവിക്കുന്നതാണ്

ഫ്ലൂറസിൻ കലർന്ന് 36-48 മണിക്കൂർ നേരത്തേക്ക് ചർമ്മത്തിലും മൂത്രത്തിലും മഞ്ഞ നിറം കാണപ്പെടുന്നു,

ഇത് യാതൊരു ദോഷവും ഉണ്ടാക്കുന്നില്ല.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

പ്ലൂറസിൻ ആൻജിയോഗ്രാഫി / ഇൻഡോസയാനിൻ ഗ്രീൻ ആൻജിയോഗ്രാഫി എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള വിശദീകരണം ഞാൻ വായിച്ചു . ഈ നടപടിക്രമത്തിന്റെ ആവശ്യകതയും പാർശ്വഫലങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അതിന് എന്റെ സമ്മതം നൽകുകയും ചെയ്തു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ആൻജിയോഗ്രാഫി പരിശോധനയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ:.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

11. റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റി (ROP) ലേസർ

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:

രോഗിയുടെ രക്ഷിതാക്കൾ / മാതാപിതാക്കളുടെ സമ്മതം

എന്റെ കുട്ടിയുടെ കണ്ണുകളെ റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റി (ROP) എന്ന രോഗം ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും അതിന് അടിയന്തിരമായി റെറ്റിനൽ ലേസർ ഫോട്ടോകോഗുലേഷൻ ചികിത്സ ആവശ്യമാണെന്നും എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിലാണ് എന്നെ അറിയിച്ചിരിക്കുന്നത് .

റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റി, അതിന്റെ കാഴ്ച അന്ധത ഉണ്ടാക്കുന്ന സങ്കീർണതകൾ, റെറ്റിനൽ ലേസർ ചികിത്സയുടെ അടിയന്തിര ആവശ്യകത എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നു. ലേസർ നടപടിക്രമം, അതിന്റെ പാർശ്വഫലങ്ങൾ, ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് വ്യക്തമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നു. രോഗത്തിന്റെ തീവ്രതയെയും ചികിത്സയുടെ പ്രതികരണത്തെയും ആശ്രയിച്ച്, പിന്നീട് കൂടുതൽ ലേസർ ചികിത്സകൾ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഏറ്റവും മികച്ച ലേസർ ചികിത്സ ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും, ചിലപ്പോൾ, രോഗം പുരോഗമിക്കുകയും കാഴ്ച വൈകല്യത്തിനും അന്ധതയ്ക്കും കാരണമാവുകയും ചെയ്തേക്കാം , പിന്നീട് ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം, അത് പ്രയോജനകരമോ അല്ലാതെയോ ആകാം.

ലേസർ നടപടിക്രമത്തിനിടയിൽ (അവർ നേരിടുന്ന അപ്രതീക്ഷിതമോ അടിയന്തരമോ ആയ സാഹചര്യങ്ങളിൽ) ആവശ്യമോ അഭികാമ്യമോ ആയ മരുന്നുകൾ, ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ചികിത്സ/നടപടിക്രമങ്ങൾ എന്നിവ നൽകാൻ ഞാൻ പങ്കെടുക്കുന്ന നിയോനാറ്റോളജിസ്റ്റിന് അനുവാദം നൽകുന്നു.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ കുട്ടിയുടെ വലത് / ഇടത് കണ്ണിൽ റെറ്റിനൽ ലേസർ ഫോട്ടോകോഗുലേഷൻ നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നുവെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യമായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്ത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

12. ലേസർ ഇൻഡയറക്ട് ഒഫ്താൽമോസ്കോപ്പി (LIO)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം: രോഗിയുടെ ഐഡി: തീയതി:
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം: ഫോൺ:

ലേസർ ചികിത്സ നിങ്ങൾക്ക് വേണോ എന്ന് തീരുമാനിക്കാൻ നിങ്ങളെ സഹായിക്കുന്നതിന് ഈ രേഖ വിവരങ്ങൾ നൽകാൻ ഉദ്ദേശിച്ചുള്ളതാണ് . നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധനോ നേത്ര ശസ്ത്രക്രിയാ വിദഗ്ദ്ധനോ നിങ്ങളുടെ കണ്ണിൽ ഇത് ചെയ്യാൻ സമ്മതിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് നടപടിക്രമത്തെക്കുറിച്ച് നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ നിങ്ങൾക്ക് അവകാശമുണ്ട്.

LIO

കണ്ണ് ഒരു ക്യാമറ പോലെയാണ് പ്രവർത്തിക്കുന്നത്. കണ്ണിന്റെ മുൻഭാഗത്ത് ക്യാമറയുടെ ലെൻസും ഷട്ടറും പോലെ, പ്രതിബിംബത്തെ കേന്ദ്രീകരിക്കുകയും കണ്ണിലേക്ക് പ്രവേശിക്കുന്ന പ്രകാശത്തിന്റെ അളവ് നിയന്ത്രിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന ഘടനകൾ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നു . കണ്ണിന്റെ പിൻഭാഗത്താണ് റെറ്റിന, ഇത് ക്യാമറയിലെ ഫിലിം പോലെ പ്രവർത്തിക്കുന്നു. ഫിലിം ഇല്ലാതെ, ഒരു ക്യാമറയ്ക്ക് ഒരു ചിത്രമെടുക്കാൻ കഴിയില്ല, കൂടാതെ പ്രവർത്തിക്കുന്ന റെറ്റിന ഇല്ലാതെ, കണ്ണിന് കാണാൻ കഴിയില്ല.

പെരിഫറൽ റെറ്റിനയെ ലേസർ ചെയ്യിക്കുന്നതിനാണ് LIO ഉപയോഗിക്കുന്നത്. ലാറ്റിസ് ഡീജനറേഷൻ അല്ലെങ്കിൽ റെറ്റിനൽ ബ്രേക്ക് പോലുള്ള പെരിഫറൽ റെറ്റിനൽ കേടുപാടുകൾ ചികിത്സിക്കുന്നതിനാണ് ഇത് ഉപയോഗിക്കുന്നത്, ഇത് നിങ്ങളുടെ കണ്ണുകളെ റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റിലേക്ക് നയിച്ചേക്കാം. പെരിഫറൽ ഡിറ്റാച്ച്ഡ് റെറ്റിനയുടെ കൂടുതൽ പുരോഗതി തടയുന്നതിന് അതിനെ ലിമിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിനും LIO ഉപയോഗിക്കുന്നു. സ്റ്റിറ്റ് ലാസ് മെഷീൻ ഉപയോഗിച്ച് പെരിഫറൽ റെറ്റിനയെ ലേസർ ചെയ്യാൻ കഴിയാത്ത പാൻ-റെറ്റിനൽ ഫോട്ടോകോഗുലേഷൻ വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനും LIO ഉപയോഗിക്കാം .

LIO യുടെ സാധ്യമായ നേട്ടങ്ങൾ

ലേസർ ഇൻഡയറക്ട് ഒഫ്താൽമോസ്കോപ്പി അല്ലെങ്കിൽ LIO, പെരിഫറൽ റെറ്റിനയെ ചികിത്സിക്കാൻ ഒരു ലേസർ ഉപയോഗിക്കുന്നു, അങ്ങനെ അത് റെറ്റിനയെ അടിയിലുള്ള പാളികളുമായി ശക്തമായി ഒട്ടിപ്പിടിപ്പിക്കുകയും, റെറ്റിന വേർപെടുത്തുന്നത് തടയുകയും, അന്ധതയുണ്ടാക്കാൻ സാധ്യതയുള്ള ഒരു അവസ്ഥ ഒഴിവാക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഈ പ്രക്രിയ നടത്തുന്നതിനായി, കണ്ണിലെ കൃഷ്ണമണിയെ തുള്ളിമരുന്നുകൾ ഉപയോഗിച്ച് വികസിപ്പിക്കുന്നു (ഡൈലേറ്റ്). ഒരു പരോക്ഷ ഒഫ്താൽമോസ്കോപ്പിന്റെ സഹായത്തോടെ കൃഷ്ണമണിയിലൂടെ പെരിഫറൽ റെറ്റിനയിലേക്ക് ലേസർ ലക്ഷ്യമിടുന്നു. പെരിഫറൽ റെറ്റിനയെ ലേസർ ചികിത്സിക്കുന്നതിനാൽ, ചില പെരിഫറൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈഡ് വിഷൻ നഷ്ടപ്പെട്ടേക്കാം, ഇത് രാത്രി കാഴ്ച കുറയാൻ കാരണമായേക്കാം. സാധാരണയായി മിക്കപ്പോഴും ഇത് ഒരു പ്രശ്നമല്ല.

LIO-യ്ക്ക് പകരമുള്ളവ

ക്രയോതെറാപ്പി: പെരിഫറൽ റെറ്റിനയെ മരവിപ്പിച്ച് ചികിത്സിക്കാൻ ക്രയോതെറാപ്പി കണ്ണിന്റെ പുറംഭാഗത്ത് സ്ഥാപിച്ചിരിക്കുന്ന ഒരു പ്രോബ് ഉപയോഗിച്ച് ചെയ്യുന്നു. മിക്ക നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധരും ഇപ്പോൾ ക്രയോതെറാപ്പിക്ക് പകരം ലേസർ ഉപയോഗിച്ചാണ് പെരിഫറൽ റെറ്റിനയെ ചികിത്സിക്കുന്നത്.

LIO യുടെ അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും

ചികിത്സ വേണോ വേണ്ടയോ എന്ന് തീരുമാനിക്കുമ്പോൾ, രോഗി നടപടിക്രമത്തിന്റെ സാധ്യമായ അപകടസാധ്യതകളും അത് ഉളവാക്കുമെന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന നേട്ടങ്ങളും താരതമ്യം ചെയ്യണം. പെരിഫറൽ റെറ്റിനയ്ക്കുള്ള ലേസർ ചികിത്സയ്ക്ക് പരിമിതമായ അപകടസാധ്യതകളേയുള്ളൂ. നടപടിക്രമം നടത്തുമ്പോൾ, കണ്ണിന്റെ ഘടനകൾക്ക് കേടുപാടുകൾ സംഭവിക്കുകയും സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാക്കുകയും ചെയ്യാം, ഇത് കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടാൻ ഇടയാക്കും. ഈ സങ്കീർണതകൾ ചികിത്സിക്കാൻ ശസ്ത്രക്രിയയോ മരുന്നുകളോ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.

LIO ഉപയോഗിച്ച് കണ്ണുകളെ ചികിത്സിച്ച മിക്ക രോഗികളിലും, റെറ്റിന ഒട്ടിപ്പിടിച്ച നിലയിൽ തന്നെ തുടർന്നു. റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റും അന്ധതയും തടയുക എന്നതാണ് ചികിത്സയുടെ ലക്ഷ്യം, ശരിയായ ചികിത്സ നൽകിയാലും, എല്ലാ കണ്ണുകളും അതിനോട് പ്രതികരിക്കണമെന്നില്ല. റെറ്റിനയിൽ പുതിയ പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടായേക്കാം, പതിവായി റെറ്റിന സ്ക്രീനിംഗ് ആവശ്യമാണ്. ചിലർക്ക്, റെറ്റിന പൂർണ്ണമായും ചികിത്സിക്കാൻ ലേസർ ആവർത്തിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം.

LIO-യ്ക്കുള്ള സങ്കീർണതകൾ

1. ലക്ഷ്യം നേടുന്നതിൽ പരാജയം: ചികിത്സിച്ചാലും, ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് കൂടാം.
2. കണ്ണിലെ രക്തസ്രാവം (വിട്രിയസ് ഹെമറേജ്)
3. ഉയർന്ന കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം (ഗ്ലോക്കോമ)
4. കണ്ണിന്റെ മർദ്ദം കുറയൽ (ഹൈപ്പോ ടോണി)
5. കോർണിയൽ പൊള്ളൽ
6. ഐറിസിസ് (കണ്ണിന്റെ നിറമുള്ള ഭാഗം) കേടുപാടുകൾ
7. ലെൻസിന് കേടുപാടുകൾ (തിമിരം)
8. കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ
9. പെരിഫറൽ (സൈഡ്) കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ
10. കോർണിയയിൽ സുതാര്യത നഷ്ടപ്പെടൽ
11. കണ്ണിലെ സുപ്രധാന കലകളിലേക്കുള്ള രക്തചംക്രമണം നഷ്ടപ്പെടുന്നത് മൂലമുണ്ടാകുന്ന കാഴ്ചക്കുറവ് അല്ലെങ്കിൽ നഷ്ടം.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

എന്റെ കണ്ണുകളുടെ പ്രശ്നത്തെക്കുറിച്ചും, LIO യ്ക്കുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ, ഗുണങ്ങൾ, ബദലുകൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചും നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർക്ക് എന്നെ അറിയിക്കാൻ കഴിയില്ലെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകി. ചികിത്സ എന്റെ കണ്ണിലെ അന്ധത തടയുമെന്നതിന് യാതൊരു ഉറപ്പുമില്ലെന്നും എന്റെ അവസ്ഥ ഫലപ്രദമായി ചികിത്സിക്കാൻ ശസ്ത്രക്രിയ ആവർത്തിക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

LIO-യ്ക്കുള്ള ഈ അറിവോടെയുള്ള സമ്മതപത്രം ഒപ്പിടുമ്പോൾ, എനിക്ക് ഒരു പകർപ്പ് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും ലേസർ ചികിത്സയുടെ സാധ്യമായ അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ, സങ്കീർണതകൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാകുമെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇത്തര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്ത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്ത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

.....

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:.....

പേര്:.....

വിലാസം:.....

ഫോൺ:.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....

എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

പിഡിയാട്രിക്
ഒഫ്താൽമോളജി
ശസ്ത്രക്രിയകൾ

G

1. കോങ്കണ്ണിനുള്ള (Squint) ശസ്ത്രക്രിയ / കണ്ണിന്റെ വ്യത്യാസം തിരുത്താനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം:.....ഫോൺ:

ശസ്ത്രക്രിയയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ

കണ്ണിന്റെ പേശികൾക്കുള്ള ശസ്ത്രക്രിയയിലൂടെ കണ്ണിന്റെ വ്യതിയാനമുള്ള (ഏത് പ്രായത്തിലുമുള്ള മുതിർന്നവർക്കും കുട്ടികൾക്കും) രണ്ട് കണ്ണുകളും നേരെയാക്കാൻ കഴിയും. ഇത് ബൈനോക്കുലർ ഫ്യൂഷന്റെ (3-D കാഴ്ച/ആഴത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള ധാരണ) സാധ്യത വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനും കാഴ്ച മണ്ഡലം സാധാരണ നിലയിലാക്കുന്നതിനും സഹായിക്കും. സൗന്ദര്യവർദ്ധകമായി മികച്ചതായി കാണപ്പെടുന്നതിനു പുറമെ, സ്ക്വിന്റ് ശസ്ത്രക്രിയ രോഗികൾക്ക് വിശ്രമകരമായ തല സ്ഥാനത്തിനൊപ്പം കൂടുതൽ സുഖകരമായി കാണാൻ അനുവദിക്കുകയും ചെയ്യും. മുഖം തിരിയുന്നതോ അസാധാരണമായ തല ഭാവമോ ശരിയാക്കുന്നതിനും കണ്ണിന്റെ ചലനങ്ങളുടെ എണ്ണം കുറയ്ക്കുന്നതിനുമാണ് നിസ്സാഗ്മസ് ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തുന്നത്.

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടയുള്ള സംഭവങ്ങൾ

- കുട്ടികളിലും ചില പ്രത്യേക കേസുകളിലും ജനറൽ അനസ്തേഷ്യ നൽകുന്നു.
- മുതിർന്നവരിൽ കണ്ണിനു ചുറ്റും കുത്തിവയ്പ്പുകളുടെ രൂപത്തിലുള്ള ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യ നൽകുന്നു.
- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിട, ഒരു കണ്ണിന്റെയോ രണ്ട് കണ്ണുകളുടെയോ പേശികളെ മുറുക്കുകയോ അയവുവരുത്തുകയോ ചെയ്യുന്നു, കൂടാതെ കണ്ണുകൾ നേരെയായി കാണപ്പെടുന്നതിനായി കണ്ണിന്റെ പേശികളുടെ സ്ഥാനങ്ങൾ മാറ്റുന്നു. ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തേണ്ട പേശികളുടെ എണ്ണത്തെ ആശ്രയിച്ച്, ഈ പ്രക്രിയ നടത്താൻ എടുക്കുന്ന സമയം വ്യത്യാസപ്പെടും.

പ്രവർത്തനത്തിന് ശേഷം

അടുത്ത ദിവസവും ഏകദേശം 3-4 ആഴ്ചകൾക്കുശേഷം നിങ്ങളെ OPD-യിൽ കാണേണ്ടതുണ്ട്. തുടക്കത്തിൽ ഇരു കാഴ്ച ഉണ്ടായേക്കാം, അത് കാലക്രമേണ പരിഹരിക്കപ്പെടും. ചില കണ്ണ് തുള്ളികളും മരുന്നുകളും ഒരു ചെറിയ സമയത്തേക്ക് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടും. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള ആദ്യ കുറച്ച് ദിവസങ്ങളിൽ കണ്ണുകളുടെ അസ്വസ്ഥത, ചുവപ്പ്, കണ്ണുനീർ കളകളുടെ വീർത്ത അവസ്ഥ എന്നിവ സാധാരണമാണ്, അതുപോലെ തന്നെ ക്ഷണികമായ ഇരു ദർശനവും. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഗ്ലാസുകൾ ധരിക്കേണ്ടി വന്നാൽ അവ തുടരേണ്ടിവരും. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം കണ്ണുകളിൽ ഒട്ടിക്കാറില്ല, സാധാരണയായി സ്ഥിരമായ വടു ഉണ്ടാകില്ല. മിക്കപ്പോഴും, ആഗിരണം ചെയ്യാവുന്ന തുന്നലുകൾ ഉപയോഗിക്കാറുണ്ട്, ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഇവ നീക്കം ചെയ്യേണ്ടതില്ല.

ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സാധ്യമായ ഫലങ്ങൾ

- കണ്ണിന്റെ വിന്യാസം തിരുത്തൽ
- മുഖത്തിന്റെ വ്യത്യാസവും/ തലയുടെ പോസ്ചെർ തിരുത്തൽ.
- ഇരട്ട ദർശനം തിരുത്തൽ (ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, ചില നോട്ടങ്ങളിൽ)
- ബൈനോക്കുലറിറ്റി ലഭിക്കാനുള്ള സാധ്യത (ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ, വ്യക്തമാക്കിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ)
- മറ്റുള്ളവ, എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ

ശസ്ത്രക്രിയയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾ

സാധ്യമായ എല്ലാ സങ്കീർണതകളും പട്ടികപ്പെടുത്താൻ ഞങ്ങൾക്ക് കഴിയില്ലെങ്കിലും, ചില സാധ്യതയുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ താഴെ പറയുന്നവയാണ്.

അപകടസാധ്യതകളും സങ്കീർണതകളും

1. അനസ്തേഷ്യയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾ (പൊതുവായതും പ്രാദേശികവുമായത്) - ശ്വാസിക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ട്, ഛർദ്ദി, തൊണ്ടവേദന, അല്ലെങ്കിൽ ഹൃദയാഘാതമോ മരണമോ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത എന്നിവ ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു. കണ്ണിനു ചുറ്റുമുള്ള അനസ്തേഷ്യ കുത്തിവയ്പ്പുകളുടെ പ്രാദേശിക സങ്കീർണതകൾ നേത്രഗോളത്തിന്റെ സുഷിരം, ഒപ്റ്റിക് നാഡിയുടെ നാശം, റെറ്റിനയുടെ രക്തചംക്രമണത്തിലെ തടസ്സം, കണ്പോള തുടങ്ങൽ, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, ശ്വാസന തടസ്സം എന്നിവയുടെ രൂപത്തിലാകാം.
2. ഒപ്റ്റിമൽ അല്ലാത്ത തിരുത്തൽ - ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം കണ്ണിന്റെ അമിതമായ അല്ലെങ്കിൽ കുറഞ്ഞ തിരുത്തൽ സാധാരണമാണ്, ഇത് 10% കേസുകളിൽ കാണപ്പെടുന്നു. കണ്ണിന്റെ മങ്ങൽ നിലനിൽക്കാനോ അല്ലെങ്കിൽ വ്യത്യസ്ത തരം കണ്ണിന്റെ മങ്ങൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടാം. മുഖത്തിന്റെയോ തലയുടെയോ സ്ഥാനം സ്ഥിരമായി ദൃശ്യമാകാം, കണ്ണിന്റെ ചലനങ്ങൾ (നിസ്സാഗ്നസ് ഉള്ളിടത്ത്) നിലനിൽക്കാം. ചില നോട്ടങ്ങളിലും ഇരട്ട കാഴ്ചയുടെ സ്ഥിരതയോ പുതിയ വികാസമോ സാധ്യമാണ്. ചില നോട്ടങ്ങളിൽ കണ്ണിന്റെ ചലനങ്ങളിൽ നേരിയ പരിമിതി ഉണ്ടാകാം. കണ്പോളകളുടെ സ്ഥാനത്ത് താൽക്കാലികമോ സ്ഥിരമോ ആയ മാറ്റം ഉണ്ടാകാം.
3. വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയ നടത്തേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകത - എല്ലാ സാഹചര്യങ്ങളിലും പൂർണ്ണമായും പ്രവചനം സാധ്യമല്ലാത്തതിനാൽ, വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ശസ്ത്രക്രിയ സന്ദർഭങ്ങളിൽ, പേശി വഴുതിപ്പോയതോ നഷ്ടപ്പെട്ടതോ, അമിത രക്തസ്രാവം എന്നിവയുള്ള സന്ദർഭങ്ങളിൽ വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ആവശ്യകത കൂടുതലായിരിക്കാം. ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ ശസ്ത്രക്രിയയുടെ ഫലങ്ങൾ മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് മറ്റേ (സാധാരണ) കണ്ണിലും പിന്നീട് വീണ്ടും ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം.
4. കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ - വളരെ അപൂർവമാണ്, പക്ഷേ ഇത് അനസ്തേഷ്യയുമായോ രക്തസ്രാവം, റെറ്റിന ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് (സൂചി തുളച്ചതിനുശേഷം), അണുബാധ അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിലേക്കുള്ള രക്ത വിതരണത്തിലെ മാറ്റം തുടങ്ങിയ മറ്റ് കാരണങ്ങളുമായോ ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കാം .
5. അണുബാധ- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുശേഷം അപൂർവ്വമായി നേത്രഗോളത്തിലോ ചുറ്റുമോ അണുബാധ ഉണ്ടാകാം. ചിലപ്പോൾ ഇത് കാഴ്ചയെ ഭീഷണിപ്പെടുത്തുന്ന തരത്തിൽ ഗുരുതരമാകാം.
6. ചെറിയ അപകടസാധ്യതകൾ - കണ്ണിന്റെ വീക്കം (കൺജക്റ്റിവിറ്റിസ്), തുന്നലിനോടുള്ള പ്രതികരണം, വേദന, താൽക്കാലിക ഇരട്ട കാഴ്ച, താൽക്കാലിക മങ്ങിയ കാഴ്ച, കണ്പോളകളുടെ സ്ഥാനത്ത് മാറ്റം, ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സിസ്റ്റങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള വടു ടിഷ്യു രൂപീകരണം.
7. ക്രമീകരിക്കാവുന്ന തുന്നലുകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യത
 - ക്രമീകരിക്കാവുന്ന തുന്നലുകളുടെ സങ്കീർണതകൾ തുന്നൽ പൊട്ടുകയോ മുറിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതാണ്, ഇതിൽ ഉൾപ്പെട്ട പേശി സുരക്ഷിതമാക്കാൻ രോഗിയെ ഓപ്പറേഷൻ തിയേറ്ററിലേക്ക് മാറ്റേണ്ടി വന്നേക്കാം.
 - ക്രമീകരണ സമയത്ത് ചലനരഹിതമായ പേശി, ഇത് വടുക്കൾ സംഭവിച്ച പേശി, സ്ക്ലീറയുമായി പേശി

പറ്റിപ്പിടിക്കൽ, അല്ലെങ്കിൽ ഇലാസ്തികത നഷ്ടപ്പെട്ട പേശികൾ എന്നിവ മൂലമാകാം.

- ക്രമീകരണ സമയത്ത്, രോഗിയുടെ ഹൃദയമിടിപ്പ് കുറയുകയും തലകറക്കം ഉണ്ടാകുകയും രോഗിക്ക് ബോധക്ഷയം സംഭവിക്കുകയോ ഓക്കാനം അനുഭവപ്പെടുകയോ ചെയ്തേക്കാം.
- മങ്ങിയ കാഴ്ചയും വേദനയും ക്രമീകരണ സമയത്ത് തടസ്സപ്പെട്ടേക്കാം, ഇത് യഥാർത്ഥ അളവിന്റെ വിലയിരുത്തലിൽ ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടാക്കുകയും അതിന്റെ ഫലമായി തിരുത്തൽ കുറവോ അമിതമോ ആകുകയും ചെയ്യും.
- ശസ്ത്രക്രിയാനന്തര കാലഘട്ടത്തിൽ ക്രമീകരിക്കാവുന്ന തുന്നൽ കെട്ട് കൂടുതൽ ചുവപ്പും വേദനയും ഉണ്ടാക്കുന്നു.

സാധ്യമായ ഇതരമാർഗങ്ങൾ

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് സാധ്യമായ ബദലുകൾ ഇവയാണ്:

- ഒന്നും ചെയ്യാതിരിക്കുക
- പ്രത്യേക പ്രിസം ഗ്ലാസുകളുടെ ഉപയോഗം (ചില സന്ദർഭങ്ങളിൽ)
- മറ്റുള്ളവ, എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് എന്റെ പൂർണ്ണ അധികാരം ഞാൻ നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധ്യമായ സമ്മതപത്രത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതപത്രത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാഗ്ദാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്ര, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി നടത്തേണ്ട നടപടിക്രമങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനും, മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും, ദൃശ്യസംപ്രേഷണം ചെയ്യുന്നതിനും, എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി അവയോടൊപ്പമുള്ള ചിത്രമോ വിവരണാത്മക വാചകമോ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

വൈദ്യശാസ്ത്ര പരിജ്ഞാനത്തിന്റെ പുരോഗതിക്കായി, നിലവിലുള്ള നടപടിക്രമങ്ങളുടെയും തുടർന്നുള്ള/ തുടർന്നുള്ള സന്ദർശനങ്ങളുടെയും മെഡിക്കൽ ഡാറ്റയും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡും ഫോട്ടോയും പ്രസിദ്ധീകരിക്കാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

.....
.....
.....

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന് അധികാരം നൽകുന്നു
..... (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ
രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

വ്യാഖ്യാതാവിന്റെ പ്രസ്താവന (ബാധകമാകുന്നിടത്ത്)

മുകളിലുള്ള വിവരങ്ങൾ, ഡോക്ടർമാർ നൽകിയ ചർച്ച/വിശദീകരണങ്ങൾ എന്നിവ രോഗിക്കും/അല്ലെങ്കിൽ
അവരുടെ സഹായിക്കും മനസ്സിലാകുന്ന രീതിയിൽ ഞാൻ സമഗ്രമായി വിശദീകരിച്ചു. മുകളിൽ പറഞ്ഞ
വിവരങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് രോഗിയും/അവരുടെ സഹായിയും എന്നെ അറിയിച്ചു.

വ്യാഖ്യാതാവിന്റെ

പേര് ഒപ്പ് തീയതി സമയം

ബന്ധപ്പെടേണ്ട നമ്പർ

ഉയർന്ന റിസ്ക് സമ്മതം

താഴെപ്പറയുന്ന കാരണങ്ങളാൽ കേസിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന ഉയർന്ന അപകടസാധ്യതയെക്കുറിച്ച് ഞാൻ/എന്നോടും ബന്തുകൾക്കോടും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

അപകട സാധ്യതകളുള്ള കാരണങ്ങൾ

1.
2.
3. മറ്റുള്ള കാരണങ്ങൾ

രോഗിയുടെ/ മാതാപിതാക്കളുടെ ഒപ്പ് തീയതി:..... സമയം:.....

ഡോക്ടറുടെ പേര്:.....ഒപ്പ്:.....തീയതി:.....സമയം:.....

സാക്ഷിയുടെ പേര്:.....ഒപ്പ്:.....തീയതി:.....സമയം:.....

സാക്ഷിയുടെ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ.....വിലാസം.....

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:.....

തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

2. റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്യൂരിറ്റിക്ക് ബെവാസിസുമാബ് (അവാസ്സിൻ) കുത്തിവയ്പ് (ROP)

രോഗിയുടെ പേര്:

പ്രായം/ലിംഗം:.....രോഗിയുടെ ഐഡി:.....തീയതി:.....

പിതാവിന്റെ പേര്:

വിലാസം:.....ഫോൺ:.....

എന്റെ കുട്ടിയുടെ കണ്ണുകളെ റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്യൂരിറ്റി (ആർഒപി) ബാധിച്ചതായി എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ എനിക്ക് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്, ഇതിന് ബെവാസിസുമാബ് (അവാസ്സിൻ) എന്ന ഇൻട്രാവിട്രിയൽ കുത്തിവയ്പ് ഉപയോഗിച്ച് അടിയന്തിരമായി ചികിത്സ ആവശ്യമാണ്. റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്യൂരിറ്റി, അതിന്റെ കാഴ്ച അന്ധത ഉണ്ടാക്കുന്ന സങ്കീർണതകൾ, കുത്തിവയ്പിന്റെ അടിയന്തിര ആവശ്യകത എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ആർഒപി ചികിത്സയിൽ ബെവാസിസുമാബ് ഇൻട്രാവിട്രിയൽ കുത്തിവയ്പ് വളരെ സമീപകാലത്തെ ഒരു സംഭവമാണെന്നും റിപ്പോർട്ടുകളും തെളിവുകളും വളരെ പ്രോത്സാഹനകവും പോസിറ്റീവുമാണെന്നും എനിക്ക് വ്യക്തമായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഇതൊരു പരമ്പരാഗത ചികിത്സയല്ല, ബെവാസിസുമാബിന്റെ ദീർഘകാല ഫലങ്ങൾ ഇപ്പോഴും അറിയില്ല.

പരമ്പരാഗത ചികിത്സ, അതായത്, ലേസർ തെറാപ്പി റെറ്റിനയുടെ (നാഡി) മധ്യഭാഗത്തെ അപകടത്തിലാക്കുകയും അതുവഴി കാഴ്ചയെ തകരാറിലാക്കുകയും ചെയ്തേക്കാം, എന്റെ കുഞ്ഞിന്റെ കാര്യത്തിൽ കുത്തിവയ്പ് ജാഗ്രതയോടെ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു. മരുന്നിന്റെ ഓഫ്-ലേബൽ സ്വഭാവം, ചികിത്സയുടെ അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇൻട്രാ-ഓക്കുലർ ഘടനകളുടെ ഘടനാപരമായ സമഗ്രത നിലനിർത്തുക എന്നതാണ് ഈ കുത്തിവയ്പിന്റെ ലക്ഷ്യം, പക്ഷേ ഇതിന് താൽക്കാലിക ഫലം മാത്രമേ ഉണ്ടാകൂ, പ്രതികരണത്തെ ആശ്രയിച്ച്, കുഞ്ഞിന് വീണ്ടും കുത്തിവയ്പുകൾ, ലേസർ ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ വിട്രിയോറെറ്റിനൽ ശസ്ത്രക്രിയ പോലുള്ള അധിക ചികിത്സകൾ പിന്നീട് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. കൂടാതെ, ഗ്ലാസുകൾ, ആംബ്ലിയോപ്പിയ തെറാപ്പി അല്ലെങ്കിൽ കുറഞ്ഞ വിഷ്വൽ എയ്ഡുകൾ എന്നിവയുടെ രൂപത്തിലുള്ള കാഴ്ച പുനരധിവാസവും ഭാവിയിൽ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. സാധ്യമായ ഏറ്റവും മികച്ച ചികിത്സ ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും, രോഗത്തിന്റെ ആക്രമണാത്മകത കാരണം കണ്ണ് അന്ധമാകാൻ സാധ്യതയുണ്ടെന്നും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. മാസം തികയാതെയുള്ള കുഞ്ഞിന്റെ വിവിധ വികസ്യര അവയവവ്യവസ്ഥയെ മരുന്ന് ബാധിച്ചേക്കാം, കൂടാതെ കുട്ടിയുടെ ശാരീരികവും മാനസികവുമായ വികാസത്തെ ബാധിച്ചേക്കാം. ഈ ചികിത്സയോടുള്ള പ്രതികരണം വിലയിരുത്തുന്നതിന് ഇടയ്ക്കിടെ തുടർനടപടികൾ ആവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഇഞ്ചക്ഷൻ നടപടിക്രമം NICU പരിചരണത്തിൽ, ടോപ്പിക്കൽ അനസ്തേഷ്യ മാത്രം ഉപയോഗിച്ചും എല്ലാ അസെപ്റ്റിക് മുൻകരുതലുകളും പാലിച്ചും ആയിരിക്കും നടത്തുക. ഈ നടപടിക്രമം ലെൻസിന് പരിക്കേൽക്കാനും തിമിര രൂപീകരണത്തിനും കാരണമായേക്കാം. റെറ്റിനയ്ക്ക് പരിക്കേൽക്കാനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലാണ്, അതിന്റെ ഫലമായി റെറ്റിന പൊട്ടുകയോ വേർപിരിയുകയോ ചെയ്യാം.

ഒരു എൻഐസിഡു/ഓപ്പറേഷൻ തിയേറ്ററിൽ കർശനമായ അസെപ്റ്റിക് മുൻകരുതലുകൾ പാലിച്ചാണ് ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നതെങ്കിലും, ഇൻട്രാക്യുലർ അണുബാധ (എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്) ഉണ്ടാകാം.

കുത്തിവയ്പ് പ്രക്രിയയിൽ (അവർ നേരിടുന്ന അപ്രതീക്ഷിതമോ അടിയന്തരമോ ആയ സാഹചര്യങ്ങളിൽ) മരുന്നുകൾ, ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന മറ്റ് ചികിത്സ/നടപടിക്രമങ്ങൾ എന്നിവ നൽകാൻ ഞാൻ പങ്കെടുക്കുന്ന നവജാത ശിശുരോഗ വിദഗ്ദ്ധനെ അനുവദിക്കുന്നു. മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ കുട്ടിയുടെ വലത് / ഇടത് കണ്ണിൽ കുത്തിവയ്പ് നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു (“വലത്” അല്ലെങ്കിൽ “ഇടത്” കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:

3. റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റിക്ക് നാണിബിസുമാബ് (ആക്സെൻട്രിക്സ്) കുത്തിവയ്പ് (ROP)

രോഗിയുടെ പേര്:
 പ്രായം/ലിംഗം: രോഗിയുടെ ഐഡി: തീയതി:
 പിതാവിന്റെ പേര്:
 വിലാസം: ഫോൺ:

എന്റെ കുട്ടിയുടെ കണ്ണുകളെ റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റി (ആർഒപി) ബാധിച്ചതായി എന്റെ മാതൃഭാഷയിൽ എനിക്ക് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്, ഇതിന് നാണിബിസുമാബ് (ആക്സെൻട്രിക്സ്) എന്ന ഇൻട്രാവിട്രിയൽ കുത്തിവയ്പ് ഉപയോഗിച്ച് അടിയന്തിരമായി ചികിത്സ ആവശ്യമാണ്. റെറ്റിനോപ്പതി ഓഫ് പ്രിമെച്ചുറിറ്റി, അതിന്റെ കാഴ്ച അന്ധത ഉണ്ടാക്കുന്ന സങ്കീർണതകൾ, കുത്തിവയ്പിന്റെ അടിയന്തിര ആവശ്യകത എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ആർഒപി ചികിത്സയിൽ നാണിബിസുമാബ് ഇൻട്രാവിട്രിയൽ കുത്തിവയ്പ് വളരെ സമീപകാലത്തെ ഒരു സംഭവമാണെന്നും റിപ്പോർട്ടുകളും തെളിവുകളും വളരെ പ്രാത്യാഹജനകവും പോസിറ്റീവുമാണെന്നും എനിക്ക് വ്യക്തമായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഇതൊരു പരമ്പരാഗത ചികിത്സയല്ല, നാണിബിസുമാബിന്റെ ദീർഘകാല ഫലങ്ങൾ ഇപ്പോഴും അറിയില്ല.

പരമ്പരാഗത ചികിത്സ, അതായത്, ലേസർ തെറാപ്പി റെറ്റിനയുടെ (നാഡി) മധ്യഭാഗത്തെ അപകടത്തിലാക്കുകയും അതുവഴി കാഴ്ചയെ തകരാറിലാക്കുകയും ചെയ്തേക്കാം, എന്റെ കുഞ്ഞിന്റെ കാര്യത്തിൽ, ഇൻജക്ഷൻ സംരക്ഷിത രോഗനിർണയത്തിന് വിധേയമായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. മരുന്നിന്റെ ഓഫ്-ലേബൽ സ്വഭാവം, ചികിത്സയുടെ അപകടസാധ്യതകൾ, നേട്ടങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ച് എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഇൻട്രാ-ഓക്കുലർ ഘടനകളുടെ ഘടനാപരമായ സമഗ്രത നിലനിർത്തുക എന്നതാണ് ഈ കുത്തിവയ്പിന്റെ ലക്ഷ്യം, പക്ഷേ ഇതിന് താൽക്കാലിക ഫലം മാത്രമേ ഉണ്ടാകൂ, പ്രതികരണത്തെ ആശ്രയിച്ച്, കുഞ്ഞിന് വീണ്ടും കുത്തിവയ്പുകൾ, ലേസർ ചികിത്സ അല്ലെങ്കിൽ വിട്രിയോറെറ്റിനൽ ശസ്ത്രക്രിയ പോലുള്ള അധിക ചികിത്സകൾ പിന്നീട് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. കൂടാതെ, ഗ്ലാസുകൾ, ആംബ്ലിയോപ്പിയ തെറാപ്പി അല്ലെങ്കിൽ കുറഞ്ഞ വിഷ്വൽ എയ്ഡുകൾ എന്നിവയുടെ രൂപത്തിലുള്ള കാഴ്ച പുനരധിവാസവും ഭാവിയിൽ ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. സാധ്യമായ ഏറ്റവും മികച്ച ചികിത്സ ഉണ്ടായിരുന്നിട്ടും, രോഗത്തിന്റെ ആക്രമണാത്മകത കാരണം കണ്ണ് അന്ധമാകാൻ സാധ്യതയുണ്ടെന്നും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. മാസം തികയാതെയുള്ള കുഞ്ഞിന്റെ വിവിധ വികസ്യര അവയവവ്യവസ്ഥയെ മരുന്ന് ബാധിച്ചേക്കാം, കൂടാതെ കുട്ടിയുടെ ശാരീരികവും മാനസികവുമായ വികാസത്തെ ബാധിച്ചേക്കാം. ഈ ചികിത്സയോടുള്ള പ്രതികരണം വിലയിരുത്തുന്നതിന് ഇടയ്ക്കിടെ തുടർനടപടികൾ ആവശ്യമാണെന്ന് എനിക്ക് അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ഇഞ്ചക്ഷൻ നടപടിക്രമം NICU പരിചരണത്തിൽ, ടോപ്പിക്കൽ അനസ്തേഷ്യ മാത്രം ഉപയോഗിച്ചും എല്ലാ അസെപ്റ്റിക് മുൻകരുതലുകളും പാലിച്ചും ആയിരിക്കും നടത്തുക. ഈ നടപടിക്രമം ലെൻസിന് പരിക്കേൽക്കാനും തിമിര രൂപീകരണത്തിനും കാരണമായേക്കാം. റെറ്റിനയ്ക്ക് പരിക്കേൽക്കാനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലാണ്, അതിന്റെ ഫലമായി റെറ്റിന പൊട്ടുകയോ വേർപിരിയുകയോ ചെയ്യാം.

ഒരു എൻഐസിഡു/ഓപ്പറേഷൻ തിയേറ്ററിൽ കർശനമായ അസെപ്റ്റിക് മുൻകരുതലുകൾ പാലിച്ചാണ് ഈ നടപടിക്രമം നടത്തുന്നതെങ്കിലും, ഇൻട്രാക്യുലർ അണുബാധ (എൻഡോഫ്താൽമൈറ്റിസ്) ഉണ്ടാകാം.

കുത്തിവയ്പ് പ്രക്രിയയിൽ (അവർ നേരിടുന്ന അപ്രതീക്ഷിതമോ അടിയന്തരമോ ആയ സാഹചര്യങ്ങളിൽ) മരുന്നുകൾ, ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമെന്ന് കരുതുന്ന മറ്റ് ചികിത്സ/നടപടിക്രമങ്ങൾ എന്നിവ നൽകാൻ ഞാൻ പങ്കെടുക്കുന്ന നവജാത ശിശുരോഗ വിദഗ്ദ്ധനെ അനുവദിക്കുന്നു. മുകളിൽ പറഞ്ഞ സമ്മതത്തിന്റെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും എന്റെ കുട്ടിയുടെ വലത് / ഇടത് കണ്ണിൽ കുത്തിവയ്പ് നടത്താൻ ഡോക്ടർമാരെ അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

രോഗിയുടെ സമ്മതം

ഇപ്പോഴത്തെ ശസ്ത്രക്രിയയുടെയും ഇതര ചികിത്സകളുടെയും ഗുണങ്ങളും ദോഷങ്ങളും അപകടസാധ്യതകളും സാധ്യമായ സങ്കീർണതകളും എന്റെ നേത്രരോഗവിദഗ്ദ്ധൻ എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കിടെ അടിയന്തര സാഹചര്യങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം. ആ സാഹചര്യത്തിൽ എന്റെ / എന്റെ രോഗിയുടെ ക്ഷേമത്തിന് ആവശ്യമായ ഏതൊരു തീരുമാനവും എടുക്കാൻ എന്നെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ഞാൻ പൂർണ്ണ അധികാരം നൽകുന്നു. ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ സങ്കീർണതകളെക്കുറിച്ചും ഡോക്ടർ എന്നെ അറിയിക്കുന്നത് അസാധ്യമാണെങ്കിലും, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഡോക്ടർ എനിക്ക് തൃപ്തികരമായ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഓപ്പറേഷനുള്ള ഈ വിവരമുള്ള സാധുവായ സമ്മതത്തിൽ ഒപ്പിടുന്നതിലൂടെ. ഈ സമ്മതത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് എനിക്ക് വാശാനം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ, ശാസ്ത്രീയ, ഗവേഷണ, വിദ്യാഭ്യാസ ആവശ്യങ്ങൾക്കായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും, ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ ദൃശ്യസംഗ്രഹണം ചെയ്യുന്നതിനും, ശാസ്ത്ര ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു, ചിത്രമോ അവയ്ക്കൊപ്പമുള്ള വിവരണാത്മക വാചകമോ എന്റെ ഐഡന്റിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മെഡിക്കൽ ഡാറ്റാ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിനും അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ നിലവിലെ നടപടിക്രമവും തുടർന്നുള്ള/തുടർച്ചയായ സന്ദർശനങ്ങളിൽ നടത്തുന്ന നടപടിക്രമങ്ങളും വീഡിയോ/ഓഡിയോ റെക്കോർഡ്/ഫോട്ടോ എടുക്കുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതപത്രം വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കി, എന്റെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം ലഭിച്ചു,

എന്റെ ശസ്ത്രക്രിയയുമായി മുന്നോട്ട് പോകാൻ ഞാൻ എന്റെ സർജന്റ് അധികാരം നൽകുന്നു ("വലത്" അല്ലെങ്കിൽ "ഇടത്" കണ്ണ് സൂചിപ്പിക്കുക).

രോഗിയുടെ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:.....തീയതി:.....സ്ഥലം:.....

രോഗി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളോ മാനസികമായി അസ്വസ്ഥനോ ആണെങ്കിൽ മാതാപിതാക്കളുടെയോ രക്ഷിതാവിന്റെയോ ഒപ്പ് / പെരുവിരലിന്റെ അടയാളം

പേര്:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

വിലാസം:

ഫോൺ: തീയതി: സ്ഥലം:

സാക്ഷി 1

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

സാക്ഷി 2

ഒപ്പ്:

പേര്:

വിലാസം:

ഫോൺ:

ഡോക്ടറുടെ പ്രഖ്യാപനം

ഡോക്ടർ.....
എന്ന ഞാൻ, ചെയ്യേണ്ട നടപടിക്രമത്തിന്റെ സ്വഭാവവും അനന്തരഫലങ്ങളും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും രോഗിയെ പ്രത്യേകിച്ച് ബാധിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളെക്കുറിച്ച് ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. രോഗിക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ ഞാൻ അവസരം നൽകുകയും അവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി: സ്ഥലം:



Kerala Society of
Ophthalmic Surgeons