

கண்ணாடியுடன் -விழித்திரை (vitreo- retinal) சம்பந்தமான

நடைமுறைகள் மற்றும் அவை சம்பந்தப்பட்ட பெரியசத்திர

சிகிச்சைகளிற்கானஒப்புதல் அறிவித்தல்

வைத்தியநிபுணரின்பெயர் :

நோயாளியின்பெயர் :

பிறந்ததிகதி :

BHTஇலக்கம் :

தேசியஅடையாளஅட்டைஇலக்கம்:

ஆண் - பெண் -

1. திட்டமிடப்பட்ட நடைமுறையின் பெயர் /சிகிச்சை :

.....
.....

2. சிகிச்சைநடைமுறைகளின்போதுஅவசியமேற்படக்கூடியமேலதிக நடைமுறைகள் பற்றி நான் விளக்கமளித்துள்ளேன் .

3. மயக்கமருந்து

-பொது மயக்க மருந்து (GA)

-பகுதியில் மட்டும் விறைக்கச்செய்தல் (LA)

4. நோயாளிக்கு இந்நடைமுறையின் அல்லது சிகிச்சையின் நோக்கியுள்ள பயன்பற்றியும்எதிர்பார்க்கப்படும்விழைவு பற்றியும்நான் விளக்கமளித்துள்ளேன் ----

5. இந்த நடைமுறையுடன் சம்பந்தப்பட்ட ஆபத்துக்கள் அல்லது சிக்கல்கள்

உயர் ஆபத்துக்கள்

குறைவான ஆபத்துக்கள்

விழிப்புரை (Cataract) :ஆம் /இல்லை

கிருமித்தொற்று (Endophthalmitis) :ஆம்/இல்லை

இரத்தக்கசிவு :ஆம்/இல்லை

சிகிச்சையில் தோல்வி: ஆம் இல்லை

விழிமிகை அழுத்தம்: ஆம்/இல்லை

பார்வை அற்றுப்போதல் :ஆம்/இல்லை

தைசிகல் (

பரிவு (.....

மருத்துவரின் பெயர் :.....

கையொப்பம் :.....

SLMC பதிவு இலக்கம் :.....

6. சிகிச்சைக்கான அல்லது சத்திர சிகிச்சைக்கான நோயாளியின்/பெற்றோரின் அல்லது பாதுகாவலரின்(18 வயதிற்குட்பட்ட நோயாளரிற்கு)ஒப்புதற் படிவம்.

❖ சத்திரசிகிச்சை/சிகிச்சை பற்றியும் அதிலேற்படக்கூடிய சிக்கல்கள்மற்றும் ஆபத்துக்கள் பற்றியும் எனக்கு தெளிவுபடுத்தப்பட்டது.

❖ நான்மேற்படி கூறிய சத்திரசிகிச்சை/சிகிச்சைக்கு சம்மதம் தெரிவிக்காவிடின் கண் பார்வை அற்றுப்போகக்கூடிய(குருட்டுத்தன்மை)சந்தர்ப்பம் உண்டு /இல்லை என்பதனை நான் புரிந்து கொண்டேன்.

❖ பொது மயக்க மருந்து கொடுப்பதால் வரக்கூடிய சிக்கல்கள்,ஏற்படக்கூடிய உயிர் ஆபத்து பற்றியும் எனக்கு தெளிவுபடுத்தப்பட்டது.

❖ சத்திரசிகிச்சை தொழில் நுட்பத்தில்வெற்றியளித்தாலும் எனது பார்வை மீளப்பெறுதல்பற்றிஒர்எல்லைக்கு மேல் உத்தரவாதம் அளிக்கப்படமாட்டாது என்பது எனக்கு விளக்கப்பட்டது.

❖ எனது சத்திரசிகிச்சை /சிகிச்சை பற்றி நான் வாசித்து அறிந்ததுடன் மருத்துவர் விளக்கிய எல்லா தகவல்களையும்,ஏற்படும் பயன்கள்,எதிர்கொள்ளக்கூடிய ஆபத்துக்கள் பற்றியும் நான் புரிந்து கொண்டேன்.

❖ சத்திரசிகிச்சை பற்றிய நுண்ணிய தொழில்நுட்ப விளக்கங்கள் பற்றி தெளிவு படுத்துவது நடைமுறையில் சாத்தியமில்லை என்பதனையும் நான் புரிந்து கொண்டேன்.

❖ கீழே கையொப்பமிடுவதன் மூலம் நான் எனது வலது /இடது கண்ணில் சத்திரசிகிச்சைக்கு /சிகிச்சைக்கு சம்மதம் தெரிவிக்கிறேன்.

நோயாளியின் பெயர்
நோயாளியின் கையொப்பம்
திகதி

பெற்றோர் /பாதுகாவலரின் பெயர்:.....
கையொப்பம் :.....
திகதி :.....

7. சாட்சியின் கூற்று

(கடுமையாகபார்வைத்திறன் குறைந்த /எழுத வாசிக்கத்தெரியாத
நோயாளர்களிற்கு)

நாம் /நான் , சத்திரசிகிச்சை /சிகிச்சை பற்றிய தகவல்கள் எல்லாவற்றையும்
மருத்துவருடன் சேர்ந்து விளக்கினோம் /விளக்கினேன் என்று
சாட்சிப்படுத்துகின்றோம் /படுத்துகிறேன்

பெயர் :.....
கையொப்பம் :.....
தேசிய அடையாள அட்டை இல :.....
திகதி :.....