ಮೊಡವೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ (Acne Surgery) ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. .... (ವಯಸ್ಸು : ....) ಆದ ನಾನು, ನನಗೆ ಮೊಡವೆಗಳಿಂದಾದ ಕಲೆಗಳಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬೇಕೆಂದು ವೈದ್ಯರು ಸಲಹೆ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. SUBSCISSION / DERMAROLLER / TCA CROSS / PUNCH FLOATATION / PUNCH ELEVATION / RADIOFREQUENCY / MICRO-DERMBRASION ಈ ಮೇಲ್ಕಂಡ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಸೂಕ್ತ ವಿವರಣೆ ಪಡೆದ ನಂತರ ನನ್ನ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಅಂತೆಯೇ ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಸಮ್ಮತಿಸಿರುತ್ತೇನೆ.

1. ಮೊಡವೆಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಬರುವಂತಹ ಚರ್ಮ ಸಂಬಂಧಿ ತೊಂದರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರಿತು, ಮೊಡವೆಗಳು ಪುನರಾವರ್ತನೆಯಾಗಿ ಬರುವುದನ್ನು ತಡೆಯಲು ಹಾಗೂ ಮೊಡವೆಗಳಿಂದ ಆದಂತಹ ಕಲೆ ಹಾಗೂ ಗಾಯದ ಗುರುತುಗಳ ನಿವಾರಣೆಗೆ ನಿಗಧಿತ ಸಮಯದವರೆಗೆ ಔಷಧಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.
2. ಮೊಡವೆಗಳ ಗಾಯದ ಕಲೆಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದಲ್ಲದೇ, ಚರ್ಮದ ಕಾಂತಿವರ್ಧನೆಯನ್ನು ಸಹ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.
3. 4 ಅಥವಾ 6 ಭಾರಿಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಧಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ.
4. ನಾನು ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ :
   - ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು (local anesthetic injection) ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆ ಲೇಪನಗಳ (Topical anaesthetic cream) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.
   - ಸ್ಥಳೀಯ ಅರವಳಿಕೆ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ಅಥವಾ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರವಳಿಕೆ ಲೇಪನಗಳನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಮಾಡಿದ ನಂತರ ಸುಮಾರು 30 ರಿಂದ 45 ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಕಾಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.
   - ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರ 1–2 ದಿನಗಳ (MDA, Chemical peel, TCA Cross) ಮತ್ತು 4–5 ದಿನಗಳವರೆಗೆ (Pixel laser/ Dermaroller / Subscission) ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಕೆಂಪು ಮತ್ತು ಊತ ಇರಬಹುದು.
5. ನಾನು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಲಹೆ, ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತೇನೆ.
6. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗರಿಷ್ಠ ಕಾಸ್ಮೆಟಿಕ್ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಗಾಗಿ 2–3 ವಾರಗಳ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ. ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂದುವರೆಸಬೇಕಾಗ ಬಹುದು.

ಈ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಓದಿ, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು, ಈ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಂಡ ನಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು

ಡಾ. .... ರವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲು ಒಪ್ಪಿಗೆ ಸೂಚಿಸಿರುತ್ತೇನೆ. ಅಲ್ಲದೇ ನಾನು ಈ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತೆಗೆಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗೆ ಹೊರತು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕಾಗಿ ಅಲ್ಲ ಎಂಬುದಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ /– ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/–