

ಕೆಮಿಕಲ್ ಪೀಲಿಂಗ್ (Chemical Peeling) ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. (ವಯಸ್ಸು :) ಆದ ನಾನು, ನನಗೆ ಚರ್ಮ ತೊಂದರೆಯಿದ್ದು, ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಕೆಮಿಕಲ್ ಪೀಲಿಂಗ್ ಬಗ್ಗೆ ಡಾ. ಅವರಿಂದ ಸಲಹೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದಿದ್ದೇನೆ.

ನಾನು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ :

1. Chemical Peeling ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಒಂದು ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿದ್ದು, ಇದರ ಆಯ್ಕೆ ನನ್ನ ಸ್ವಇಚ್ಛೆಯದಾಗಿರುತ್ತದೆ.
2. ನಾನು ಕಳೆದ ಮೂರು ವಾರಗಳಿಂದ ಕಪ್ಪು ಕೆಲೆಗಳ ನಿವಾರಣೆ ಮಾಡುವ ಶ್ರೀಮನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.
3. ನನ್ನ Chemical Peeling ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಆಮ್ಲವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ.
4. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ಆಮ್ಲಗಳನ್ನು ಅಗತ್ಯಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ Glycolic acid ಅನ್ನು 20 ರಿಂದ 70% ಅಥವಾ Trichloroacetic acid ಅನ್ನು 10-35% ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುವುದು.
5. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚುಬಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.
6. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಕೆಲವರಿಗೆ ಚರ್ಮದ ಉರಿ ಮತ್ತು ಊತ ಕಂಡುಬರಬಹುದು.
7. Chemical Peeling ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಬೇಕಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ.
 - ನಿಗದಿತ 2-3 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಸೂರ್ಯನ ಬ್ಲಾಕ್‌ಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದು.
 - 2-3 ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶಕಾರಿ ಸಾಬೂನುಗಳನ್ನು ಬಳಸದಿರುವುದು.
 - 2-3 ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಸೂರ್ಯನ ಕಿರಣಗಳಿಂದ ತ್ವಚೆಯನ್ನು ರಕ್ಷಿಸುವುದು.
 - ಒಂದು ವೇಳೆ ಕೆಂಪು ಮುಂದುವರೆದರೆ Hydrocortisone cream ಬಳಸಬೇಕು.
 - ಹೆಚ್ಚಿನ ನವೆ ಅಥವಾ ಉರಿತ ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಅದರ ಉಪಶಮನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಮೇರೆಗೆ ಸೇವಿಸುವುದು.
 - ಉರಿ ಕಡಿಮೆಯಾದ ಬಳಿಕ Hydrocortisone cream ಬಳಸುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕು.
8. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಕಾಣಬೇಕಾದರೆ ಕೆಲ ವಾರಗಳ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.
9. ಈ ಮೇಲಿನ ಕೆಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸದೇ ಅಲಕ್ಷ್ಯ ಮಾಡಿದಲ್ಲಿ ಮುಂದೆ ಅದರಿಂದ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳಾದ ಕಪ್ಪುಕೆಲೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ.
10. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಬಳಿಕ ಸುಮಾರು ಒಂದು ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಸಭೆ ಸಮಾರಂಭಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವಂತಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ನಾನು ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಓದಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ. ಈ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಾನು ಯಾರದೇ ಒತ್ತಡಕ್ಕಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಮಾದಕ ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗದೇ ಈ ಕೆಳಗೆ ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತೆಗೆಯುವ ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು ಕೇವಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಹೊರತು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕಾಗಿ ಅಲ್ಲ ಎಂಬುದಾಗಿ ಸಮ್ಮತಿ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ/-

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ /-