

## Fillers ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ತುಟಿ ವರ್ಧನೆಗೆ, ಮುಖದ ಮೇಲಿನ ಸುಕ್ಕುಗಟ್ಟಿದ ಸಾಲುಗಳು ಮತ್ತು ಮಡಿಕೆಗಳನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು, ಮುಖದ ಬಾಹ್ಯರೇಖೆಗಳು ರೂಪಿಸಲು ಕೊಡುವ ..... ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಿರಹಿತ (Sterile gels) ದ್ರಾವಣವಾಗಿದ್ದು ..... ಅನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ಉತ್ಪನ್ನದ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯರು ನನಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ವಿವರಿಸಿದ್ದು, ನಾನು ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ವೈದ್ಯರು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿ ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ ಬಳಿಕ ನಾನು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಮುಖದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸ್ಥಳಗಳ ಫಿಲ್ಲಿಂಗ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕೊಟ್ಟ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ನೋವು, ಊತ, ಕೆಂಪಾಗುವುದು, ತುರಿಕೆ, ಬಣ್ಣ ಬದಲಾವಣೆ ಹಾಗೂ ಸ್ವರ್ಣಸಂವೇದಿ ನೋವುಗಳ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಕೆಲವರಿಗೆ ಅಪರೂಪವಾಗಿ Granulomas, ರಕ್ತನಾಳಗಳ ತಡೆಯುಂಟಾಗುವುದು ಹಾಗೂ Hypersensitivity ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿದ್ದು, ಅವುಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಭಾಗ, ಚರ್ಮದ ಮಾದರಿ ಮತ್ತು ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ವಿಧಾನಗಳ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಪರಿಣಾಮ ..... (ತಿಂಗಳು / ವರ್ಷ)ಗಳ ವರೆಗೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಕಡಿಮೆ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲಗಳವರೆಗೆ ಇರಬಹುದು. ಹಾಗಾಗಿ Touch-up and follow-up ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯ ಕುರಿತು ನನಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯರು ಕೇಳಿದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ನನ್ನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನಾನು ಗ್ರಹಿಸಿದಂತೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಳಿಕ ಕೆಲವು ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಪಡೆದು ಅವುಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.

ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ..... ಉತ್ಪನ್ನ ಬಳಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಸಮ್ಮತಿಸಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ/-

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/-

ದಿನಾಂಕ :