

## ಕೂದಲು ಕಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. .... ವಯಸ್ಸು : ..... / ಲಿಂಗ .....

ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ:.....

ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ:.....

ದೂರವಾಣಿ : ಮನೆ : ..... ಮೊಬೈಲ್ : .....

ಪೋಷಕರು/ಗಳೆಯರ : ದೂ ಸಂಖ್ಯೆ : ..... ಇಮೇಲ್ : .....

ಕೂದಲು ಕಸಿ ಒಳಗಾಗಲು ಸಲಹೆ ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದು, ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

1. ನಾನು ಪುರುಷ ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ಅಸಮತೋಲನ ಹಾಗೂ ಅನುವಂಶೀಯತೆಯ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ನನಗೆ ಬೋಳು ತಲೆ ಬಂದಿದೆ. ಇದೊಂದು ನಿರಂತರ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಬೋಳು ತಲೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ನಂತರ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಕೂದಲನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸಲು ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧಕ - ಬಾಧಕಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿತಿರುತ್ತೇನೆ.
2. ಕೂದಲು ಕಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಒಂದು ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿದ್ದು, ಇದರ ಆಯ್ಕೆ ನನ್ನ ಸ್ವಇಚ್ಛೆಯದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧಕ - ಬಾಧಕಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನನಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.
3. ವೈದ್ಯರು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶ ಕೊಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದಾಗಿಯೂ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಭಿನ್ನತೆಗಳಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶ ದೊರೆಯದೇ ಇರಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಅರಿತಿರುತ್ತೇನೆ.
4. ಕೂದಲು ಕಸಿಯ ನಂತರ ತಲೆಯ ತುಂಬಾ ಕೂದಲು ಬರುವಂತೆ ಅಪೇಕ್ಷಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೇ ಅದು ತಲೆ ತುಂಬಾ ಬರುವುದೂ ಇಲ್ಲ. ಈ ವಿಧಾನ ಪರಿಪೂರ್ಣವಾದುದಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಮನಗಂಡಿದ್ದೇನೆ.
5. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆ ಬಳಸಲು ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.
6. ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಧಾನವನ್ನು ನಾನು ವಿವರವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ :
  - ಕಸಿಗಾಗಿ ತಲೆಯ ಹಿಂಭಾಗದಿಂದ ದಾನ ಪಡೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ದಾನ ಪಡೆದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಲಾಗುವುದು ರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮಚ್ಚೆ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ.
  - ದಾನ ಪಡೆದ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಕೂದಲುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಅದನ್ನು ವಿಶೇಷ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಬೋಳು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಸಿ ಮಾಡಲಾಗುವತ್ತದೆ.ಡ
  - ಬೋಳು ಜಾಗಕ್ಕೆ ಕೂದಲಿನ ಎಳೆಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ ಕುರಿತು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ನನ್ನೊಂದಿಗೆ ಚರ್ಚೆ ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದು, ಒಂದು ಚಿತ್ರವನ್ನು ನನ್ನ ನೆತ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಚಿತ್ರಿಸಿ ಕನ್ನಡಿಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ. ನನ್ನ ಬೋಳುತಲೆಯನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಲು ..... ಸಂಖ್ಯೆ ಕೂದಲುಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.
  - ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಸಂಭವಿಸಬಹುದಾದ ತೊಡಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಿಂದ ನಾನು ವಿವರಗಳನ್ನು ಪಡೆದು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ.
  - ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ 3 ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಹಣೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಊತ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.
  - ಎರಡು ವಾರಗಳವರೆಗೆ ಹೊಲಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.
  - ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ 2-3 ತಿಂಗಳುಗಳ ನಂತರ ಮೊಡವೆ / ಕ್ಯೂ ಗುಳ್ಳೆ / ಗಂಟುಗಳು ಕಾಣಿಸಬಹುದು.
  - ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರ Keloids and Hypertrophic Scars ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ.

7. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಕೂದಲು ಉದುರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಉದುರಿದ ಕೂದಲುಗಳು 9-10 ತಿಂಗಳುಗಳ ನಂತರ ಮರಳಿ ಬರಬಹುದು.
8. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಕೂದಲುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ನನಗೆ ತಿಳಿಸಿದ್ದು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ..... ಪ್ರಮಾಣದ ಕೂದಲುಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಅನುಮತಿಸಿರುತ್ತೇನೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶ ಪಡೆಯಲು ಹೆಚ್ಚಿನ ಕೂದಲುಗಳ ಕಸಿಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಮರು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಅರಿತಿದ್ದೇನೆ.
9. ನಾನು ಬೋಳು ತಲೆ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರವೂ ಇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ದೀರ್ಘ ಕಾಲದವರೆಗೆ ಔಷಧಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಸಹ ಅರಿತಿದ್ದೇನೆ.
10. ನನಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲು ಸಾಕಷ್ಟು ಸಮಯ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ನನ್ನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನಾನು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳ / ಇ-ಮೇಲ್‌ಗಳ / ಸಂದರ್ಶನ ಹಾಗೂ ಕೈಪಿಡಿಗಳ ಮೂಲಕ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 1. ಬೋಳು ತಲೆಗೆ ಕಾರಣ ಹಾಗೂ ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 2. ಕೂದಲು ಕಸಿ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ                 | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 3. ನೊಂದಣಿ ಕಾರ್ಯವೈಖರಿ                       | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 4. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪೂರ್ವ ಸೂಚನೆಗಳು           | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 5. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರದ ಸೂಚನೆಗಳು           | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 6. ಕಸಿ ತಂತ್ರ ಕುರಿತು ಪವರ್ ಪಾಯಿಂಟ್ ಪ್ರಸ್ತುತಿ | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 7. ಈ ಸಮ್ಮತಿಯ ನಮೂನೆಯ ನಕಲಿಸಿ                 | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |

ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಿ. ಯಾವುದೇ ಅಂಶಗಳು ಸರಿಕಾಣದಿದ್ದರೆ ವರದಿಮಾಡಿ.

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| 1. ನೀವು ಈ ಮೊದಲು ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?                  | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 2. ನೀವು ಈ ಮೊದಲು ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ?                  | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 3. ನೀವು ಈ ಮೊದಲು ಹಲ್ಲುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಸಿದ್ದೀರಾ?                           | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ ಆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಕೊಂದರೆ ಎದುರಿಸಿದ್ದೀರಾ?          | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 5. ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದೆಯೇ?                     | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 7. ನಿಮಗೆ ಂಫಿಜುಣಥಿ ಸಮಸ್ಯೆ ಹೊಂದಿರುವಿರಾ?                               | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 8. ನೀವು ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವಿರಾ? ಹಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು?                         | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 9. ನೀವು ಮದ್ಯ ಸೇವನೆ ಮಾಡುವಿರಾ? ಹಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಎಷ್ಟು?                    | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 10. ನೀವು ಚಹಾ / ಕಾಫಿ ಹೆಚ್ಚು ಕುಡಿಯುವಿರಾ?                              | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 11. ನೀವು ಮಧುಮೇಹ / ಅಸ್ತಮಾ ಇತರ ರೋಗಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?                 | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 12. ನೀವು ಕಳೆದ 6 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಧನುರ್ವಾಯು ಟಾಕ್ಸಾಯಿಡ್(T.T.)ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |

ಯಾವುದಾದರೂ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ?

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| 13. ನಿಮಗೆ ರಕ್ತ ನೋಡಿದಾಗ ತಲೆ ಸುತ್ತುವ ಅಥವಾ ಕಣ್ಣು ಮಂಜಾಗುವ ಸಮಸ್ಯೆ ಎದುರಾಗುವುದೇ?             | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 14. ನಿಮಗೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ 12 ದಿನಗಳ ನಂತರ ಹೊಲಿಗೆ ತೆಗೆಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದೇ?   | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |
| 15. ಔಷಧಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಸಂಭವಿಸಿದೆಯೇ? ಸೂಚಿಸಿ? | (ಹೌದು) | (ಇಲ್ಲ) |

16. ಪ್ರಸ್ತುತ ನೀವು ಬೇರೆಯಾವುದಾದರೂ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು (ಹೌದು) (ಇಲ್ಲ)

ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? ಹಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ?

17. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪೂರ್ವ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ? (ಹೌದು) (ಇಲ್ಲ)

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 ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿ ಹೊರತು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕಾಗಿ ಅಲ್ಲ ಎಂಬುದಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/-

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ/-

ದಿನಾಂಕ :

ಬೋಳು ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹಲವು ಹೇರ್‌ಲೈನ್ ವಿನ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಚಿತ್ರ ಬರೆದು ಕನ್ನಡಿಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ತೋರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹಾಗೂ ಛಾಯಾಚಿತ್ರ ತೆಗೆಯಲು ನನ್ನ ಅನುಮತಿಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/-

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ/-

ಸಾಕ್ಷಿಗಳ ಸಹಿ/-

1.)

2.)