ಲೇಜರ್ ಮೂಲಕ ಚರ್ಮ Resurfacing ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. .... (ವಯಸ್ಸು : ....) ಆದ ನನಗೆ ಲೇಜರ್ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ Resurfacing ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅವಶ್ಯಕತೆ, ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ಕುರಿತು ಡಾ. .... ರವರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದ ನಂತರ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಅವರು ನೀಡಿದ ವಿವರಣೆಗಳ ಮೇರೆಗೆ ನಾನು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.

- ಇದು ಒಂದು ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂಬುದರ ಅರಿವಿನೊಂದಿಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆಯ್ಕೆ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.
- ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಲೇಜರ್ .... ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಲೇಜರ್ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುವುದು.
- ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹಲವುಭಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.
- ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಕಲೆಗಳ ಸುಧಾರಣೆಯಾಗುವುದೇ ಹೊರತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತೆಗೆಯಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಸುಮಾರು ಶೇ. 50–80ರಷ್ಟು ಸುಧಾರಣಾ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ದೊರೆಯಬಹುದು.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವಾಗ ಮತ್ತು ತದನಂತರ ಕೆಲದಿನಗಳವರೆಗೆ ಉರಿ, ಕೆಂಪು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಳಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಟ್ಟದ ಚರ್ಮದ ಭಾಗ ಕೆಂಪಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಉರಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಕೆಲವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಕೆಲ ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ವಿಷಯನ್ನು ನಾನು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ.
- ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಂತರ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನಾನು ಗಮನಿಸಿರುತ್ತೇನೆ :
  - Sun screen ನ್ನು ದಿನನಿತ್ಯ ತಪ್ಪದೇ ಬಳಸುವುದು.
  - ಸುಮಾರು ಒಂದು ವಾರದವರೆಗೆ ಉದ್ರೇಕಕಾರಿಗಳು, ಸಾಬೂನುಗಳನ್ನು ಬಳಸದೇ ಇರುವುದು.
  - ಸುಮಾರು ಎರಡು ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಸೂರ್ಯನ ಕಿರಣಗಳಿಂದ ತ್ವಚೆಯನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
  - Hydrocortisone ಕ್ರೀಮ್ ಅನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಒಂದು ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಬಳಸುವುದು.
  - ಒಂದು ವೇಳೆ ಸುಟ್ಟ ಅನುಭವ ಮುಂದುವರೆದರೆ Cetrizine ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದು.
  - ಕೆಂಪು, ಉರಿ ಕಡಿಮೆಯಾದ ಬಳಿಕ Hydrocortisone ಕ್ರೀಮ್ ಬಳಸುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವುದು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಅದರ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಕೆಲವು ವಾರಗಳು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ. ಮತ್ತು ನಾನು ಮುಂದಿನ ಅನುಸರಣೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮನಗಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಓದಿ, ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ನನ್ನ ಇಚ್ಛೆಯಂತೆ ಲೇಜರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ. 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/–