

Sclerotherapy ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. (ವಯಸ್ಸು :) ಆದ ನಾನು
ಡಾ. ಅವರಿಗೆ Sclerotherapy ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ಅನುಮತಿ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ವಿಧಾನ, ಸೂಚನೆಗಳು, ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂಭಾವ್ಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ. ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕೊಟ್ಟ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮಚ್ಚೆ ಉಳಿಯಬಹುದು. ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡಿದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಊದಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ಗಾಯಗಳಾಗುವ ಸಂಭವವಿರುತ್ತದೆ. ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ಕೊಟ್ಟ ಸುತ್ತಲಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ರಕ್ತ ನಾಳಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಅಥವಾ ದೊಡ್ಡ ರಕ್ತ ನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಊತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಅತಿ ವಿರಳವಾಗಿ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಆಳವಾದ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತದೆ.

ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಳಿಕ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣ ಫಲಪ್ರದವಾಗದೇ ಇರಬಹುದು.

ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ನೋವನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು Nerve Block ಅರವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಈ ಮೂಲಕ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ಇದು ಒಂದು ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿದ್ದು, ಇದರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಫಲಿತಾಂಶ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದಮೇಲೂ ನನ್ನ ಮುಕ್ತ ಮನಸ್ಸಿನಿಂದ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೊಡಕುಗಳು ಆಗದಂತೆ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೂ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಆಕಸ್ಮಿಕವಾಗಿ ಕೆಲವೊಂದು ತೊಡಕುಗಳು ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು 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/-