

## ಲೇಜರ್ ಮೂಲಕ Vascular lesions ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. .... (ವಯಸ್ಸು : ..... ) ಆದ ನಾನು  
ಡಾ. .... ಅಥವಾ ಅವರು ನಿಯೋಜಿಸಿದ ಡಾ. .... ಅವರಿಗೆ  
ಲೇಜರ್ ಮೂಲಕ Vascular lesions ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ಅನುಮತಿ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ನನಗೆ ಇರುವ ರಕ್ತನಾಳದ ತೊಂದರೆ ..... ಎಂದು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ  
ಸುತ್ತಲಿನ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಹಾನಿಯಾಗದಂತೆ ಲೇಜರ್ ಮೂಲಕ ರಕ್ತ ನಾಳಗಳ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತೊಂದರೆಯನ್ನು  
ಸರಿಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನನಗೆ ..... ಲೇಜರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಲೇಜರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ  
ಕಣ್ಣಿಗೆ ಹಾನಿಯಾಗದಂತೆ ರಕ್ಷಣಾ ಕವಚ ಅಥವಾ ಕನ್ನಡಕಗಳನ್ನು ಬಳಸಲು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ. ಲೇಜರ್ ಅಲ್ಲದೇ ಬೇರೆ  
ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಮುಖ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ಭಾಗದ ರಕ್ತ ನಾಳಗಳ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ನಿವಾರಿಸುವ ಬಗ್ಗೆಯೂ ವೈದ್ಯರು  
ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಆಗುವಂತಹ ತೊಡಕುಗಳಾದ ಕಲೆ, ಮಚ್ಚೆ, ಚರ್ಮ ಕಳೆಗುಂದುವುದರ ಬಗ್ಗೆಯೂ  
ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಚರ್ಮದ ವರ್ಣ ಹಾಗೂ ಪ್ರಮಾಣದ ಅನ್ವಯ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಫಲಿತಾಂಶ ಸಿಗದೆ  
ಹೋಗಬಹುದು ಮತ್ತು ಹಲವು ಭಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸುಮಾರು 3 ರಿಂದ 5 ಭಾರಿ ಅಥವಾ  
ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಭಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅರವಳಿಕೆ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಬೇಕಾದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ  
ತಕ್ಕಂತೆ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಜಾಗವು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಕೆಂಪಾಗುವ, ಊತ ಬರುವ  
ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿದ್ದು, ಕೆಂಪು ನಿವಾರಣೆಯಾಗಲು ಸುಮಾರು 14 ದಿನಗಳು ಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಅದೇರೀತಿ ಊತ  
ನಿವಾರಣೆಯಾಗಲು ಕೆಲವು ಗಂಟೆಗಳು ಅಥವಾ ದಿನಗಳ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯು ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ  
ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸದೇ ಹೋದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಕಲೆ ಮತ್ತು ಮಚ್ಚೆಗಳು ಉಳಿಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ.

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.

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/-

ದಿನಾಂಕ :

ಸಾಕ್ಷಿ ಸಹಿ/-

ಸಮಯ :