

ಅರಿವಳಿಕೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಇತರ

ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ

1) ನಾನು _____-ಮೇಲೆ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯನ್ನು

ಅಧಿಕೃತಗೊಳಿಸುತ್ತೇನೆ

(ನಾನು ಅಥವಾ ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು)

ಕೆಳಗಿನ ವಿಧಾನ (ಗಳು)

ಸಮಗ್ರ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ದೇಶನದಡಿಯಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಡಾ.

2) ಅವನು/ಅವಳು ಯಾವ ರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಬಗ್ಗೆ ನನ್ನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ನನ್ನ ತೃಪ್ತಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ. ವೈದ್ಯರು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಸಹ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಆ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಲು ಸಿದ್ಧನಿದ್ದೇನೆ.

3) ವೈದ್ಯರು ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರ್ಯಾಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸಹ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುವ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ವಿಧಾನವಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ರಕ್ತ ಉತ್ಪನ್ನಗಳ ಆಡಳಿತ ಸೇರಿದಂತೆ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಲು ನಾನು ನಿರ್ಧರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

4) ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ವೈದ್ಯರು ನನ್ನಲ್ಲಿ ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಬಹುದು, ಅದನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಅಥವಾ ಸರಿಪಡಿಸಲು ಅವನು/ಅವಳು ಮಾಡಬೇಕಾದ ಇತರ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು (ಗಳನ್ನು) ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನಾನು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

5) ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವಲ್ಲಿ, ಅವನು/ಅವಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ನಿವಾಸಿಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಮತ್ತು ದಾದಿಯರಂತಹ ಸಹಾಯಕರನ್ನು ಬಳಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಅವನು/ಅವಳು ಹಾಗೆ ಮಾಡಲು ನನ್ನ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನನ್ನ ವೈದ್ಯರು ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

6) ಸಾಮಾನ್ಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ರೋಗಿಗೆ ವಿಂಡ್ ಪೈಪ್ಲೈನ್ (ಎಂಡೋಟ್ರಾಕಿಯಲ್ ಇಂಟ್ಯೂಬೇಶನ್)

ಛೂಬ್ ಅಗತ್ಯವಿರಬಹುದು, ಇದುಗಂಟಲು ನೋವು ಮತ್ತು ಒರಟುತನವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ,ಹಲ್ಲುಗಳು ಅಥವಾ ಹಲ್ಲಿನ ಪ್ರೊಸ್ಟೆಸಿಸ್ ಸಡಿಲವಾಗಬಹುದು ಅಥವಾಮುರಿಯಬಹುದು. ಪೇಟೆಂಟ್ಗಳು ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನುಉಂಟುಮಾಡಿದರೆ, ಅವುಗಳ ಉಸಿರಾಟವನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸಲು ಅವುಗಳನ್ನುವೆಂಟಿಲೇಟರ್ಗಳ ಮೇಲೆ ಇರಿಸಬಹುದು. ಆಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು ಬಹಳ ಅಪರೂಪ,ಆದಾಗ್ಯೂ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಅರಿವಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಇದರ ಸಾಧ್ಯತೆಯಾವಾಗಲೂ ಇರುತ್ತದೆ.

7) ಅರಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಾವುದೇ ತೊಡಕು, ಜೀವಕ್ಕೆಅಪಾಯಕಾರಿಯಾದ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ಗಂಭೀರವಾದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ನಂತರಸಂಭವಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ, ನಾನು ಅಪಾಯವನ್ನುಸ್ವೀಕರಿಸಲು ಸಿದ್ಧನಿದ್ದೇನೆ. ಗುಣಪಡಿಸುವ ಅವಧಿಯು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಕೆಲವುವಾರಗಳವರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು.

8)ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಅರಿವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರು.

9) ಅಲರ್ಜಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಸಂಭವಿಸುತ್ತವೆ. ನಾನು ಹೊಂದಿರುವ ಯಾವುದೇಅಲರ್ಜಿಯ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಸುವುದು ನನ್ನ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ.

10) ನೀವು ಹಿಂದಿನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಅರಿವಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಅದನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಸಬೇಕು.

11) ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನನ್ನ ವೈದ್ಯರುನನಗೆ ಯಾವುದೇ ಗ್ಯಾರಂಟಿ ನೀಡಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ಥಿತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನುಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಅಗತ್ಯವಾದಾಗ,ಎರಡನೇ/ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಬಹುದು ಮತ್ತು ನಾನು ಅದಕ್ಕೆಅನುಮತಿ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

12) ಪೆರಿಆಪರೇಟಿವ್ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಯನ್ನು ನೀಡಬಹುದು.ಸೂಕ್ತವಾದ ಅಡ್ಡ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ರಕ್ತವನ್ನು ನೀಡಲು ಎಲ್ಲಾಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಆಗಲೂ ಸಹ ಸಾಂದರ್ಭಿಕತೊಡಕುಗಳು ವರ್ಗಾವಣೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ನಾನುಅಪಾಯವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ಸಿದ್ಧನಿದ್ದೇನೆ.

13) ವೈದ್ಯಕೀಯ, ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಅಥವಾ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ ನನ್ನ ದೇಹದಸೂಕ್ತ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ನಡೆಸಬೇಕಾದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ವೀಕ್ಷಣೆ,ಭಾಯಾಚಿತ್ರ ಅಥವಾ ದೂರದರ್ಶನಕ್ಕೆ ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ, ನನ್ನ ಗುರುತನ್ನುಚಿತ್ರಗಳಿಂದ ಅಥವಾ ಅವುಗಳೊಂದಿಗಿನ ವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಪಠ್ಯದಿಂದಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

14) ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇಅಂಗಾಂಶಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಭಾಗವನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ವಿಲೇವಾರಿ ಮಾಡಲುನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

15) ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸಹಕರಿಸಲು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತುಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನನ್ನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಅವನ/ಅವಳ ಸೂಚನೆಗಳು ಮತ್ತುಶಿಫಾರಸುಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

16) ಪ್ರಸ್ತುತ ಇರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ನನಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ.

17) ಔಷಧಿಗಳು, ದ್ರಾವಣ ಬಾಟಲಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಿರಿಂಜುಗಳು ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಬಗ್ಗೆನನಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯುತಯಾರಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಿತ ಕಂಪನಿಗಳ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸಹ ತಿಳಿದಿದೆ.

18) ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಸೂಚಿಸಲಾದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬಳಸುವ ಆ ಔಷಧಿಗಳ ಹೊಲಿಗೆ ವಸ್ತುಗಳು, ಕ್ಯಾಟಿಟರ್ಗಲು ಮತ್ತು ಬಿಸಾಡಬಹುದಾದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಬದಲಿಸುವುದು ನನ್ನ/ನನ್ನ ಸಂಬಂಧಿಕರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ.

19) ಇವೆಲ್ಲವನ್ನೂ ನಾನು ನನ್ನ ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ/ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಮತ್ತು ಇಚ್ಛೆಯನ್ನು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.

20) ತುರ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಬಿಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದು ಮತ್ತು ತೊಡಕುಗಳ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಾಗಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಬಿಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಮುಂದಿನ ಮತ್ತು ಅನಪೇಕ್ಷಿತ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

21) ಕೆಳಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಪಾಲಕರು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಕೇಸ್ ಪೇಪರ್‌ಗಳು, ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ಸಾರಾಂಶ, ತನಿಖಾ ವರದಿಗಳು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಬಹುದು.

ಸಾಕ್ಷಿ :

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ :

(ಅಥವಾ ರೋಗಿಯ ಪರವಾಗಿ ಹಾಡಲು ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿರುವ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಅಥವಾ ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಪೋಷಕರು.)

ಸಂಬಂಧಿಕರ ಅಥವಾ ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು

ದಿನಾಂಕ: _____ ಸಮಯ: _____