

তারিখ

প্রিয় -----

বয়স

লিঙ্গ

ঠিকানা

আপনি ডাঃ _____ -এর কাছে নিম্নলিখিত সমস্যাগুলি নিয়ে এসেছেন।

এই নথিটি আপনাকে প্রস্তাবিত সার্জারির মানক প্রক্রিয়া, পরিণতি, সম্ভাব্য জটিলতা সম্পর্কে বিস্তারিত পড়ে ও বোঝার জন্য দেওয়া হচ্ছে। অনুগ্রহ করে পড়ে কোনো ব্যাখ্যা চাওয়ার জন্য দ্বিধা করবেন না। আপনি এই নথিটি বোঝার পরে এতে স্বাক্ষর করবেন আপনার নির্বাচিত নিকটাত্মীয়সহ, যিনি আপনার পক্ষে পুরো প্রক্রিয়ার সাক্ষী হবেন। আপনাকে আমাদের অনুমতি দিতে হবে যাতে আমরা আপনার চিকিৎসা রেকর্ড, অস্ত্রোপচার সংক্রান্ত তথ্য, অবস্থা এবং চিকিৎসা রেকর্ড প্রয়োজনে ওই নিকটাত্মীয়ের সাথে ভাগ করতে পারি।

১. প্রস্তাবিত প্রক্রিয়ার বিবরণ — লেজার চিকিৎসা

এই সম্মতি ফর্মটি আপনাকে পর্যাপ্ত তথ্য প্রদান করে যাতে আপনি সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যে আপনি

প্রক্রিয়াটি করাবেন কি না।

কিছু মৌলিক নির্দেশনা যা আমি পড়েছি এবং বুঝেছি

চিকিৎসার পূর্বে

- চিকিৎসার অন্তত ৪ সপ্তাহ আগে এবং চিকিৎসার সময়কালে ট্যানিং বেড, সরাসরি সূর্যালোক এবং সানলেস ট্যানিং প্রোডাক্ট এড়িয়ে চলুন।
- চিকিৎসার সময়কালে প্রতিদিন জিঙ্ক অক্সাইড বা টাইটানিয়াম ডাইঅক্সাইডযুক্ত SPF 30 ব্রড-স্পেকট্রাম সানস্ক্রিন ব্যবহার করুন।
- প্রতিটি চিকিৎসার অন্তত ৭২ ঘন্টা আগে ফটোসেনসিটিভিটি সৃষ্টি করে এমন ওষুধ (যেমন ডক্সিসাইক্লিন, মিনোসাইক্লিন) এড়িয়ে চলুন।
- চিকিৎসার এলাকায় হার্পিস (ওরাল কোল্ড সোর, জেনিটাল) বা শিঙ্গলস-এর ইতিহাস থাকলে চিকিৎসার ২ দিন আগে থেকে এবং চিকিৎসার পরে ৩ দিন পর্যন্ত এন্টিভাইরাল ওষুধ (ভ্যালেসাইক্লোভির, অ্যাসাইক্লোভির) চিকিৎসকের পরামর্শমতো চালিয়ে যান।
- চিকিৎসার ১ সপ্তাহ আগে গ্লাইকোলিক অ্যাসিড ও রেটিন-এ যুক্ত প্রোডাক্ট ব্যবহার বন্ধ করুন।
- চিকিৎসার সময় এলাকাটি কোনো খোলা ঘা, ক্ষত বা ত্বকের সংক্রমণ (যেমন সক্রিয় ব্রণ) মুক্ত থাকতে হবে।

প্রি-অপ ফটোগ্রাফি ও মার্কিং — আমরা নথিভুক্তকরণ, শেখা ও গবেষণার উদ্দেশ্যে ছবি তুলব। সবসময় কঠোর গোপনীয়তা বজায় থাকবে।

অপারেশন থিয়েটারে পুরুষ/মহিলা সহকারী উপস্থিতি — পুরুষ সহকারী থাকবেন।

মেডিকেল রেকর্ড সম্পর্কিত একটি পৃথক সম্মতি ফর্ম সংযুক্ত আছে। এটি আপনাকে নিকটাত্মীয়সহ স্বাক্ষর করতে হবে।

প্রস্তাবিত প্রক্রিয়ার বিবরণ

চিকিৎসার অংশ সাবান ও পানি দিয়ে পরিষ্কার করা হয়। পরিকল্পিত লেজারের ধরন অনুযায়ী অসাড় করার ক্রিম ব্যবহার করা হতে পারে। চিকিৎসার অংশে কুলিং জেল প্রয়োগ করা হতে পারে। সুরক্ষামূলক চশমা দেওয়া হবে এবং আপনাকে আরামদায়কভাবে বিছানা বা চেয়ারে বসানো হবে। চোখ বন্ধ রাখুন এবং চিকিৎসকের নির্দেশ ছাড়া চোখ খুলবেন না বা সুরক্ষা চশমা খুলবেন না। যদি ব্যথা বা তাপ অনুভব করেন তবে মৌখিকভাবে জানান।

যদি ঠান্ডা প্যাক দেওয়া হয় তবে নির্দিষ্ট সময় পর্যন্ত ব্যবহার করুন।

যদি ব্যথা বা লালচে ভাব হয় তবে চিকিৎসককে জানান।

প্রস্তাবিত প্রক্রিয়ার বিকল্পসমূহ

- **CO2 লেজারের জন্য** — ডার্মারোলার, ডার্মাপেন, ফিলারস, ফ্যাট গ্রাফট, মাইক্রোনিডল রেডিওফ্রিকোয়েন্সি
- **চুল অপসারণের জন্য** — ইলেক্ট্রোলাইসিস (স্থায়ী কিন্তু সময়সাপেক্ষ), ওয়াক্সিং, থ্রেডিং, শেভিং
- **দাগ, ভাস্কুলার ম্যালফরমেশন, ট্যাটুর জন্য** — প্লাস্টিক সার্জারি

চিকিৎসার পরে

- চিকিৎসার পর রঞ্জিত ক্ষতগুলো গাঢ় হবে এবং ১–২ সপ্তাহের মধ্যে ঝরে যাবে।
- চিকিৎসার জায়গায় ত্বক লাল হওয়া, ফোলা, হালকা-মাঝারি সানবার্ন অনুভূতি হতে পারে, যা সাধারণত কয়েক ঘন্টায় কমে যায় তবে ৩ দিন পর্যন্ত থাকতে পারে।
- ফোলা কমাতে প্রতি ১–২ ঘন্টা অন্তর ১৫ মিনিট ঠান্ডা প্যাক প্রয়োগ করুন। ১% হাইড্রোকর্টিসোন ক্রিম দিনে ২ বার ৩ দিন পর্যন্ত লাগানো যেতে পারে।
- দিনে ২ বার মৃদু সাবান দিয়ে ধুয়ে ফেলুন, ত্বক জোরে ঘষবেন না, গরম পানি এড়িয়ে চলুন।
- ২৪ ঘন্টা বা ফোলা কমা পর্যন্ত এমন কার্যকলাপ এড়িয়ে চলুন যা ফ্লাশিং ঘটাতে পারে।
- চিকিৎসার পর ১ সপ্তাহ এমন পণ্য এড়িয়ে চলুন যা ত্বকে জ্বালা সৃষ্টি করতে পারে।
- ফোস্কা, খোসা, বা পাপড়ি হলে সঙ্গে সঙ্গে আমাদের জানান। দিনে ২ বার পাতলা স্তরে অ্যান্টিবায়োটিক অয়েন্টমেন্ট লাগান। ক্ষত খুঁটবেন না।

রোগীর অনুমোদিত ব্যক্তিকে সার্টিফিকেট ও কাগজপত্র দেওয়া হবে: _____

প্রক্রিয়ার আনুমানিক খরচ ও অর্থ প্রদানের অঙ্গীকার

লেজার চিকিৎসার সম্ভাব্য ঝুঁকি, পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া ও জটিলতা

- চিকিৎসার সময় অস্বস্তি/ব্যথা, সাময়িক লালচে ভাব ও ফোলা

- নীলচে দাগ, ফোফা, পোড়া, খোসা, সংক্রমণ (বিরল)
- গাঢ় ত্বকের রোগীদের হাইপোপিগমেন্টেশন, হাইপারপিগমেন্টেশন, ফোফা, দাগ এবং অনিশ্চিত ফলাফলের ঝুঁকি বেশি
- ত্বকে দৃশ্যমান নকশা তৈরি হওয়া (সাধারণত সাময়িক)
- চোখে আঘাতের বিরল ঝুঁকি, যদিও সবসময় সুরক্ষা ব্যবহৃত হয়
- হার্পিস বা শিঙ্গলস-এর পুনঃসক্রিয়তা
- চিকিৎসা এলাকায় ট্যাটু বা স্থায়ী মেকআপ পরিবর্তন হওয়া

আমি বুঝি যে এই ফর্মের তথ্য আমার চিকিৎসা ও কসমেটিক প্রয়োজন নির্ধারণে জরুরি। চিকিৎসার সময় আমার স্বাস্থ্য পরিবর্তন হলে আমি সঙ্গে সঙ্গে জানাব। আমি উপরের নির্দেশনা ও ঝুঁকি বুঝেছি এবং সঠিকভাবে তথ্য দিয়েছি। ডাক্তার বা কর্মীদের কোনো ত্রুটি বা বাদ যাওয়ার জন্য আমি দায়ী করব না। আমি জানি যে কসমেটিক চিকিৎসা সাধারণত বীমা কাভার করে না, এমনকি থাকলেও সম্পূর্ণ অর্থপ্রদানের দায়িত্ব আমার। জটিলতা হলে বা অতিরিক্ত প্রক্রিয়া প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত খরচ হতে পারে। চিকিৎসার অগ্রগতি পর্যবেক্ষণের জন্য ছবি তোলা হতে পারে, যা আমার পরিচয় গোপন রেখে ব্যবহার করা হবে।

আমি ঘোষণা করছি যে আমি এই সম্মতিপত্র পড়েছি ও বুঝেছি এবং আমার সব প্রশ্নের উত্তর পেয়েছি।

আমি ডাঃ _____ এবং/অথবা নির্বাচিত সহকারীদের নিচের চিকিৎসাগুলির যে কোনো একটি করার অনুমতি দিচ্ছি:

স্বাক্ষরসমূহ

রোগী – _____

রোগীর নিকটাত্মীয় – _____

চিকিৎসক – _____

তারিখ ও স্থান – _____