

மார்பக விரிவாக்கம் அறுவை சிகிச்சைக்கான ஒப்புதல் பத்திரம் (எளிமையான பதிப்பு)

மார்பக விரிவாக்க அறுவை சிகிச்சைக்கான ஒப்புதல் பத்திரம் (எளிமையான பதிப்பு)

அன்புள்ள நோயாளி,

வயது: _____ பாலினம்: _____

முகவரி: _____

நீங்கள் மருத்துவர் _____ அவர்களை மார்பக சம்பந்தப்பட்ட கவலையால் சந்தித்துள்ளீர்கள்.

இந்த அறுவை சிகிச்சை குறித்த முக்கிய தகவல்களை தெரிந்து கொள்ள இது தயாரிக்கப்பட்டது. தயவுசெய்து முழுமையாக படித்து, சந்தேகங்கள் இருந்தால் மருத்துவரிடம் கேளுங்கள்.

****முன் சிகிச்சை:****

- சில பரிசோதனைகள் தேவைப்படும்: இரத்தம், சிறுநீர், இதய மற்றும் நுரையீரல் சோதனைகள்.
- சில மருந்துகள் மற்றும் பழக்கங்களை சிகிச்சைக்கு முன்பே நிறுத்த வேண்டும் (புகைபிடித்தல், ஆல்கஹால், சில ஹெர்பல் மருந்துகள்).
- அறுவை சிகிச்சைக்கு முன் 8 மணி நேரம் சாப்பிடக்கூடாது.

****அறுவை சிகிச்சை பற்றிய தகவல்கள்:****

- பொதுவாக பொதுமயக்கம் (General Anaesthesia) மூலம் செய்யப்படும்.
- மார்பின் கீழ், அரியோலா சுற்றி அல்லது அக்குள் வழியாக ஊசி வைக்கப்படும்.
- ஊசி தசை கீழ், மார்பக மேல் அல்லது ஃபாஷியா கீழ் வைக்கப்படும்.

****சாதாரண பின்விளைவுகள்:****

- தோல் மற்றும் நிப்பிள் உணர்வில் மாற்றம்
- வயதானதால் அல்லது உடல் பருமனின் மாற்றத்தால் தோற்றம் மாறலாம்
- சில நேரங்களில் ஊசி சுற்றி கட்டு உருவாகலாம்
- ஊசி பழுதடையலாம்
- தொற்று ஏற்படலாம்

****அரிதாகக்கூடிய விளைவுகள்:****

- இரத்தக் கசியல், தையல் வெளியே வந்தல்
- இரண்டு மார்புகளும் ஒரே மாதிரி இல்லாமை
- வீக்கம், ஊசி திருப்பம், குணமடையாத சிகிச்சை பகுதிகள்

**** மிகவும் அரிதான விளைவுகள்:****

- BIA-ALCL எனும் ஒரு வகை சிறப்பான புற்றுநோய் (மிகவும் குறைவாகவே ஏற்படும்)
- நரம்பு அல்லது தசை சேதம், தோல்/நிப்பிள் பகுதியில் இரத்த ஓட்டம் நின்றல்
- அலர்ஜி ஏற்படும் வாய்ப்பு

**** சிகிச்சைக்கு பின்:****

- சில மருந்துகள் எடுக்க வேண்டும் (அன்டிபயாடிக்ஸ், வலி நிவாரணி)
- 6-8 வாரங்கள் ஆதரவு பிரா அணிய வேண்டும்
- தினமும் 2-3 லிட்டர் தண்ணீர் குடிக்கவும்
- 2வது வாரம் முதல் வேலைக்கு திரும்பலாம்

**** முக்கிய குறிப்பு:****

சிகிச்சையின் முடிவுகள் நோயாளியின் உடல்நிலை, எதிர்வினை, மருத்துவ அறிவுரை ஆகியவற்றைப் பொறுத்தது. எதிர்பார்ப்புகளை மருத்துவருடன் பகிர்ந்து கொள்ளவும்.

**** உறுதிப்பத்திரம்:****

நான் இந்த அறுவை சிகிச்சை பற்றிய தகவல்களை வாசித்து, புரிந்து, என் விருப்பத்தால் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

_____ (நோயாளியின் கையொப்பம்)

_____ (மருத்துவரின் கையொப்பம்)

_____ (உறவினர்/சாட்சியாளர் கையொப்பம்)