

மயக்க மருந்து, அறுவைச் சிகிச்சை மற்றும் பிற மருத்துவச் செயல்முறைகளுக்கான ஒப்புதல்

1. நான், _____
(எனது அல்லது நோயாளியின் பெயர்)
பின்வரும் செயல்முறை(கள்) செய்ய அனுமதி அளிக்கிறேன்:
-
-

இது டாக்டர் _____
அவர்களின் மேற்பார்வை மற்றும் வழிகாட்டுதலின் கீழ் செய்யப்படும்.

2. என்னிடம் செய்யப்படவிருக்கும் செயல்முறை பற்றி முழுமையாக விளக்கப்பட்டுள்ளது. என் நிலை மற்றும் செயல்முறை தொடர்பான எனது கேள்விகளுக்கு திருப்திகரமான பதில்கள் கிடைத்துள்ளன. இந்த செயல்முறையில் உள்ள அபாயங்கள் குறித்தும் மருத்துவர் விளக்கி கூறியுள்ளார். அந்த அபாயங்களை நான் புரிந்துகொண்டு, செயல்முறையைச் செய்ய ஒப்புக்கொள்கிறேன்.
3. மாற்று சிகிச்சை முறைகள் பற்றியும் மருத்துவர் விளக்கமளித்துள்ளார். அவற்றிலிருந்து, எனது நிலையைச் சரிசெய்வதற்கான சிறந்த முறையாகவும், தேவையானால் இரத்தப் பொருட்களைப் பயன்படுத்துவதற்கும் உட்பட, இந்த செயல்முறையைச் செய்ய நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன்.
4. செயல்முறையின் போது, மருத்துவர் மேலும் சிகிச்சை தேவைப்படும் பிற உடல் பிரச்சனைகளை கண்டறிந்தால், அவற்றைச் சரிசெய்வதற்கான தேவையான பிற செயல்முறைகளையும் செய்ய அவருக்கு அனுமதி அளிக்கிறேன்.
5. செயல்முறையில், மருத்துவமனை ஊழியர்கள், பயிற்சி மருத்துவர்கள், பிற மருத்துவர்கள், அறுவைச் சிகிச்சை நிபுணர்கள், செவிலியர்கள் போன்ற உதவியாளர்களை மருத்துவர் பயன்படுத்தலாம் என்பதையும், அதற்கான எனது ஒப்புதலையும் வழங்குகிறேன்.
6. பொது மயக்க மருந்து பெறும் நோயாளிகளுக்கு காற்றுக் குழாயில் குழாய் (Endotracheal Intubation) வைக்க வேண்டி வரலாம். இதனால்

தொண்டை வலி, கரகரப்பான குரல் போன்றவை ஏற்படலாம். பற்கள் அல்லது பல் பொருத்துகள் தளர்வதோ உடைவதோ கூட சாத்தியம். மூச்சுத் திணறல் ஏற்பட்டால், நோயாளிகள் சுவாச கருவி (Ventilator) மூலம் சுவாசிக்கச் செய்யப்படலாம். தவறுதலான மரணம் மிகவும் அரிது, இருப்பினும் எந்த அறுவைச் சிகிச்சையிலும் அல்லது மயக்கத்திலும் இது ஏற்படும் சாத்தியம் உள்ளது.

7. மயக்க மருந்து மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சை தொடர்பான அபாயங்கள், உயிருக்கு ஆபத்தானவையோ அல்லது குறைவானவையோ, செயல்முறைக்குப் பிறகு ஏற்படக்கூடும் என்று எனக்கு விளக்கப்பட்டுள்ளது. அவற்றை ஏற்க நான் தயாராக இருக்கிறேன். சில நேரங்களில் குணமடையும் காலம் சில வாரங்களுக்கு நீளக்கூடும்.
8. அறுவைச் சிகிச்சை, மருத்துவர் மற்றும் மயக்க நிபுணர் முடிவின் அடிப்படையில், பொது / முதுகெலும்பு / உள்ளூர் அல்லது பிற பொருத்தமான மயக்க முறையில் செய்யப்படும்.
டாக்டர்: _____
9. அலர்ஜி எதிர்வினைகள் ஏற்படக்கூடும். எனக்கு உள்ள அலர்ஜிகள் குறித்து மருத்துவருக்கு தெரிவிப்பது எனது பொறுப்பு.
10. முன்பு நடந்த அறுவைச் சிகிச்சை அல்லது மயக்கத்தில் எனக்கு பிரச்சினைகள் ஏற்பட்டிருந்தால், அதை மருத்துவருக்கு தெரிவிக்க வேண்டும்.
11. சிகிச்சையின் விளைவுகள் குறித்து மருத்துவர் எனக்கு எந்த உத்தரவாதமும் அளிக்கவில்லை. சில சமயங்களில் ஒரே சிகிச்சைக்குப் பதிலாக பல முறை சிகிச்சை செய்ய வேண்டிய நிலை ஏற்படலாம். அவசர / இரண்டாவது அறுவைச் சிகிச்சை தேவையானால் அதற்கும் நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.
12. அறுவைச் சிகிச்சை நேரம் அல்லது அதற்கு அருகில் இரத்த மாற்றம் தேவைப்படலாம். பொருத்தமான இரத்தப் பரிசோதனை செய்யப்பட்ட இரத்தம் பயன்படுத்தப்படும். இருப்பினும், சில நேரங்களில் இரத்த மாற்றத்தால் சிக்கல்கள் ஏற்படலாம் என்பதையும் நான் ஏற்கிறேன்.
13. மருத்துவ, அறிவியல் அல்லது கல்வி நோக்கங்களுக்காக, எனது அடையாளம் வெளியிடப்படாத வகையில், எனது செயல்முறையைப்

பார்வையிட, புகைப்படம் எடுக்க, அல்லது வீடியோ பதிவு செய்ய நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

14. செயல்முறையின் போது அகற்றப்படும் திசுக்கள் அல்லது உடல் பகுதிகளை மருத்துவமனை நீக்க அனுமதி அளிக்கிறேன்.
15. மருத்துவருடன் முழுமையாக ஒத்துழைத்து, அவர் அளிக்கும் பரிந்துரைகள் மற்றும் வழிமுறைகளை நான் இயன்றவரை பின்பற்றுவேன்.
16. மருத்துவமனையில் உள்ள வசதிகள் மற்றும் இல்லாத வசதிகள் பற்றி எனக்கு தெரியும்.
17. மருத்துவமனையில் பயன்படுத்தப்படும் மருந்துகள், சாலின் பாட்டில்கள், ஊசிகள் போன்றவை மருத்துவமனை தயாரித்தவை அல்ல. நிலையான நிறுவனங்களில் தயாரிக்கப்பட்ட மருந்துகள் மருத்துவமனையில் பயன்படுத்தப்படுகின்றன என்பதை எனக்கு தெரியும்.
18. எனது சிகிச்சைக்காக தேவையான மருந்துகளை, போதுமான அளவில், நேரத்துக்கு கொண்டு வந்து கொடுப்பது எனது / எனது உறவினரின் பொறுப்பு. மருத்துவமனை பயன்படுத்தும் தையல் நூல், கத்தீட்டர், பிற உபயோகப் பொருட்களை மாற்றித் தரவும் எனக்கு பொறுப்பு உண்டு.
19. மேற்கண்ட அனைத்தும் எனது தாய்மொழியில் / எனக்கு புரியும் மொழியில் எனக்கு விளக்கப்பட்டுள்ளது. எனது விருப்பத்தினாலும் சம்மதத்தினாலும் இதற்கு ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.
20. அவசர சிகிச்சைகள் உட்பட, மருத்துவமனை தரும் அனைத்து பில்களையும் செலுத்துவேன். அறுவைச் சிகிச்சையின் போது சிக்கல்கள் ஏற்பட்டால், அவற்றை சரிசெய்யவும், அதனால் ஏற்படும் விளைவுகளுக்கும் தனிப் பில் வரலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
21. கீழே கையொப்பமிடும் பாதுகாவலர், எனது சார்பாக எந்த ஆவணங்களையும், வழக்கு பதிவுகள், டிஸ்சார்ஜ் சுருக்கம், பரிசோதனை அறிக்கைகள் மற்றும் சிகிச்சை தொடர்பான பிற தகவல்களையும் பெற அனுமதிக்கப்படுகிறார்.

சாட்சி: _____

நோயாளியின் கையொப்பம்: _____

அல்லது நோயாளியின் சார்பாக கையொப்பமிட அங்கீகாரம் பெற்ற
உறவினர் / சட்ட பாதுகாவலர்:

உறவினர் / பாதுகாவலரின் பெயர்

தேதி: _____ நேரம்: _____