

మచ్చ తొలగింపు శస్త్రచికిత్స – అవగాహన పత్రం (Consent Form for Scar Revision Surgery)

తేదీ: _____

వయసు: _____

లింగం: _____

చిరునామా: _____

మీరు డాక్టర్ _____ వద్దకు ఈ క్రింది సమస్యలతో వచ్చారు:

ఈ పత్రాన్ని పూర్తిగా చదివి, ప్రతి ప్రక్రియ గురించి, శస్త్రచికిత్స తరువాత వచ్చే మార్పులు మరియు జాగ్రత్తలు గురించి తెలుసుకోవాలి. మీకు సందేహాలుంటే తప్పకుండా వైద్యునితో స్పష్టత పొందాలి. అర్థం చేసుకున్న తర్వాత, మీరు మరియు మీ తరపున గౌరవంగా హాజరవుతున్న కుటుంబ సభ్యుడు ఈ పత్రంపై సంతకం చేయాలి. అలాగే మీ వైద్య సమాచారం, శస్త్రచికిత్స వివరాలు మీ కుటుంబ సభ్యుడితో పంచుకునే అనుమతిని ఇవ్వాలి.

1. ప్రతిపాదిత విధానం:

మచ్చ తొలగింపు (Scar Revision)

A. శస్త్రానికి ముందు పరిశీలన:

A1. అవసరమైన పరీక్షలు:

- సీబీసీ (CBC)
- మూత్ర పరీక్ష
- రక్తం గడ్డకట్టే పరీక్షలు (BT, CT, PT, aPTT)
- సీరం క్రియాటినిన్
- బ్లడ్ షుగర్ లెవెల్స్ (BSL F & PP)
- వైరల్ మార్కర్లు (HIV, HCV, HbSAg)
- ECG (అవసరమైతే 2D Echo)
- ఛాతీ ఎక్స్-రే

A2. శస్త్రానికి అనుకూలత:

- నిశ్చల నిద్ర (General Anaesthesia) లో రిస్క్‌ల గురించి అనస్థీషియా నిపుణుడు వివరిస్తారు
- తీవ్రమైన అనారోగ్య పరిస్థితులు ఉన్నవారికి ఫిజిషియన్ అభిప్రాయం అవసరం

శస్త్రానికి ముందు జాగ్రత్తలు:

1. రెండు వారాల పాటు కొన్ని ఔషధాలు నిలిపివేయాలి: వెల్లుల్లి, నొప్పి నివారకాలు, రక్తం నురుగునించే మందులు, గ్రీన్ టీ, హార్బల్ సప్లిమెంట్స్
2. మద్యం, పొగతాగడం: కనీసం 3 వారాలు మానేయాలి
3. GA అయితే ముందురాత్రి 12 గంటల తర్వాత ఏమీ తినకూడదు
4. LA అయితే లైట్ బ్రేక్‌ఫాస్ట్ తీసుకోవచ్చు
5. అధిక రక్తపోటు, డైరాయిడ్ మందులు వాడొచ్చు
6. డయాబెటిస్ మందులు శస్త్రానికి ముందు మానేయాలి
7. రక్తాన్ని నురగలిచే మందులు కార్డియాలజిస్టు సూచనతో 4 రోజుల ముందే మానాలి

ఆసుపత్రికి రిపోర్టు చేయవలసిన వివరాలు:

- పేరు: _____
- చిరునామా: _____
- ఫోన్ నంబర్: _____
- సమయం: _____ AM

వ్యక్తిగత ఆరోగ్య స్థితిగతుల గురించి డిక్లరేషన్:

చేర్చిన పత్రాన్ని పూర్తిగా చదివి మీ వివరాలను నింపండి.

ఫోటోగ్రఫీ మరియు మార్కింగ్:

- శస్త్రచికిత్సకు ముందు డాక్యుమెంటేషన్, రీసెర్చ్ కోసం ఫోటోలు తీస్తాము
- గోప్యత పూర్తిగా కాపాడబడుతుంది

- OTలో మగ సహాయకుడు హాజరవుతాడు
 - డెంటర్లు, కాంటాక్ట్ లెన్సులు తొలగించాలి
-

B. అనస్థీషియా రకాలు:

- లోకల్ అనస్థీషియా
- రీజినల్ అనస్థీషియా
- సెడేషన్
- జనరల్ అనస్థీషియా

(వివరాలను అనస్థీషియా నిపుణుడు వివరిస్తారు)

C. శస్త్రచికిత్స వివరాలు:

- అందుబాటులో ఉండే సమయం: సగం గంట నుంచి గంట వరకు
- పద్ధతి: శస్త్ర స్థలాన్ని శుభ్రం చేసి, అవసరమైన అనస్థీషియా తర్వాత మచ్చను తొలగించే నమూనా ప్రకారం కట్ చేస్తారు. రక్తస్రవం చూసుకుంటారు. అంతర్నాడీతో మరియు పై సూత్రాలతో కుట్టేస్తారు. అవసరమైతే Z, W, V-Y ప్లాస్టీ లేదా స్కిన్ గ్రాఫ్ట్ వాడవచ్చు. స్టైల్ డ్రెస్ వేస్తారు
- ఆసుపత్రి పర్యవేక్షణ:
 - LA అయితే అదే రోజు డిస్చార్జ్
 - GA అయితే తరువాత రోజు
- పరిచర్య:
 - 48 గంటల తర్వాత డ్రెస్సింగ్ మార్చాలి
 - టాపికల్ యాంటిబయోటిక్ వాడాలి
 - స్టిచ్ తొలగింపు తేదీకి రావాలి

ఫలితాలు:

సాధారణంగా మెరుగైన, పల్చని మచ్చ ఏర్పడుతుంది

డిశ్చార్జ్ సూచనలు:

- యాంటీబయోటిక్: కో-అమోక్స్ క్లవులానిక్ టాబ్లెట్లు – 5 రోజుల పాటు
 - నొప్పి నివారణ: డైక్లోఫెనాక్ + పారాసెటమాల్ – 5 రోజుల వరకు
 - ఇతర ఔషధాలు
 - స్థానికంగా మచ్చ నివారణకు మందులు వాడాలి
-

D. ప్రత్యామ్నాయ పద్ధతులు:

- ఫ్రాక్షనల్ CO2 లేజర్
- డెర్మారోలర్
- మైక్రోనీడిల్ RF
- బోటాక్స్

(ప్రతి పద్ధతి అవసరాన్ని బట్టి వైద్యుడు నిర్ణయిస్తారు)

E. డిశ్చార్జ్ సమ్మరీ (ఆపరేషన్ వివరాలు):

- ఆపరేషన్ పేరు
- తేదీ
- వైద్యుడి పేరు
- అనస్థీసియా నిపుణుడు
- అనుభవం

- ఎలాంటి అపాయింట్‌మెంట్‌లు ఉన్నా వివరించాలి
- శస్త్రచికిత్స తరువాత డ్రెసింగ్ తీసివేత 48 గంటల్లో ఉంటుంది
- స్టిచ్ లైన్‌ను 5-7 రోజులలో తీసివేయాలి
- ఎర్రబడటం, చీము, లేదా స్టిచ్ తెరచినట్లు అనిపిస్తే వెంటనే ఆసుపత్రికి రావాలి
- మందులపై అలెర్జిక్ రియాక్షన్ ఉంటే వెంటనే సమాచారం ఇవ్వాలి
- ధృవ పత్రాలను కుటుంబ సభ్యుడికి ఇవ్వాలి (పేరు గుర్తించాలి)

F. ఖర్చుల అంచనా:

రోగి ఈ శస్త్రచికిత్సకు సంబంధించిన మొత్తాన్ని భరించాల్సి ఉంటుంది

G. సాధారణ క్లిష్టతలు:

1. సూత్రాల దగ్గర చీము
2. చర్మం పుప్పొడి పడటం
3. ఇన్‌ఫెక్షన్
4. మచ్చ తగ్గకపోవడం
5. హైపర్‌ట్రోఫిక్ స్కార్ లేదా కెలాయిడ్

అసాధారణ క్లిష్టతలు:

1. అనస్థీసియా అలెర్జిక్
2. నరాలకు హానీ వల్ల చర్మ స్పర్శ కోల్పోవడం
3. మళ్ళీ మచ్చ రావడం
4. మచ్చ పొడవుగా మారడం

5. రంగు మారడం

6. ముక్కు రూపం మారడం

H. నిషేధం:

ఈ శస్త్రచికిత్స ద్వారా మచ్చ పూర్తిగా మాయమవుతుంది అన్న అంచనాలు నిజం కావు. మెరుగైన మచ్చ, తక్కువగా కనిపించే మచ్చ సాధ్యమవుతుంది.

మీ ఆశల జాబితా ఇవ్వండి. వైద్యుడు వాటిలో ఏమి సాధ్యమో, ఏమి కాదు అనే వివరాలు అందిస్తారు.

రోగి సంతకం _____

వైద్యుడి సంతకం _____

సాక్షి / కుటుంబ సభ్యుని సంతకం _____