

പാടു മാറ്റാനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള സമ്മതപത്രം

രോഗിയുടെ പേര്:

വയസ്സ്/ലിംഗം:

തീയതി:

ശസ്ത്രക്രിയ നിർവഹിക്കുന്ന ഡോക്ടർ

ശസ്ത്രക്രിയയുടെ പേര്: Scar Revision (പാടു മാറ്റാനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ)

ഞാൻ താഴെ ഒപ്പുവയ്ക്കുന്ന വ്യക്തി ഡോക്ടർ എന്റെ തലല്/പാടു മാറ്റാനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയ വിശദമായി എനിക്ക് വിവരിച്ചിരിക്കുന്നു. എനിക്ക് നൽകപ്പെടാൻ വിവരങ്ങൾ, ചികിത്സയുടെ ആവശ്യകതയും, പ്ലാസ്റ്റിക് സർജറിയിലെ പ്ലാസ്റ്റിക് സർജറി, സാധ്യതയുള്ള ദുഷ്പ്രഭാവങ്ങളും, പരിമിതികളും, മറ്റ് ചികിത്സാ സാധ്യതകളും ഉൾപ്പെടെയുള്ളവയെക്കുറിച്ചുള്ള എന്റെ അറിവ്.

എനിക്ക് ഏതെങ്കിലും ചികിത്സാ സാധ്യതയുള്ളവയെക്കുറിച്ചുള്ള

അപകടങ്ങൾ:

- പൊള്ളലുകൾ, ഇൻഫെക്ഷൻ, രക്തസ്രാവം, വളർന്ന പാട്, കയറ്റ്, അലർജി പ്രതികരണങ്ങൾ

- ലോണർ പാടുകൾ പൂർണ്ണമായി ഇല്ലാതാകാതെ ഇരു ഘടനകളും തമ്മിലുള്ള നിറ വ്യത്യാസം നിലനിൽക്കും.

- ആവശ്യമെങ്കിൽ പുനഃശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമായേക്കാം.

പ്രത്യേക നിർദ്ദേശങ്ങൾ:

- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് മുമ്പ് കൊടുത്തിരിക്കുന്ന നിർദ്ദേശങ്ങൾ കൃത്യമായി പാലിക്കണം.

- ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശങ്ങൾ അനുസരിച്ച് ഉടനെ പരീക്ഷണങ്ങൾക്ക് ശുശ്രൂഷയ്ക്ക് തയ്യാറാകണം.

എന്റെ സമ്മതം :

- ഡോക്ടർ എനിക്ക് ശസ്ത്രക്രിയയെക്കുറിച്ച് സാധാരണ

വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

- ഞാൻ എല്ലാ സംശയങ്ങളും ചോദ്യങ്ങളായി ഉന്നയിക്കുകയും അതിന് തൃപ്തികരമായ മറുപടി ലഭിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

- ഈ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ഞാൻ എന്റെ സ്വമേധയാ, ബുദ്ധിപൂർവ്വമായും നൽകുന്നു.

രോഗിയുടെ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: _____

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്: _____

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്: _____