

అనస్థేషియా, శస్త్రచికిత్స మరియు ఇతర వాధానాల కోసం అనుమతి పత్రం

1. నేను _____ (నా స్వయంగా లేదా

రోగి పేరు) కోరింది వాధానానా

డాక్టర్ _____ పర్యవేక్షణలో

చేయబడేందుకు అనుమతిస్తున్నాను.

2. వైద్యుడు చేయబోయే వాధానం గురించి నాకు మార్గోచితంగా వివరించబడింది. నా

ఆరోగ్య పరిస్థితి మరియు శస్త్రచికిత్స గురించి అడిగిన ప్రశ్నలకు

సంతృప్తికరంగా సమాధానాలు అందించారు. ఈ వాధానంలో ఉన్న ప్రమాదాలను

కూడా వివరించారు, వాటిని నేను అర్థం చేసుకున్నాను మరియు శస్త్రచికిత్సకు

సಿದ్ధంగా ఉన్నాను.

3. ప్రత్యామ్నాయ చికిత్సల గురించి కూడా నాకు వివరించబడింది. అవసరమైతే

రక్త ఉత్పత్తుల వనియ్యగలగా సహా, నా పరిస్థితిని మెరుగుపరచడానికి ఇది

ఉత్తమ మార్గమని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

4. శస్త్రచికిత్స సమయంలో వైద్యుడు ఇతర అనారోగ్య పరిస్థితులను

గుర్తించవచ్చు. వాటిని సరిచేయడానికి అవసరమైన ఇతర వాధానాలను కూడా

చేయడానికి నేను అనుమతి ఇస్తున్నాను.

5. వైద్యుడు శస్త్రచికిత్స సమయంలో ఆసుపత్రి సబ్బంది, రెసిడెంట్లు,

ఇతర వైద్యులు, శస్త్రచికిత్స నపులు మరియు నర్సుల సహాయానా

తీసుకోవచ్చు. దీనికి నేను అనుమతి ఇస్తున్నాను.

6. సాధారణ అనస్థేషియా తీసుకునే రోగులకు శ్వాసనాళంలో ట్యూబ్ (ఎండోట్రాకియల్ ఇంట్యూబేషన్) అవసరమవుతుంది, ఇది గొంతు నొప్పి లేదా గొంతు శబ్దానా కలిగించవచ్చు. పళ్ళు లేదా డౌంటర్ ప్ల్యాస్ట్ తడిపించు లేదా వారిని పంచు. శ్వాస సంబంధిత సమస్యలు వస్తే, శ్వాస సహాయంగా వంటిలేటర్ పై ఉంచవచ్చు. ప్లూమోదకర మరణం చాలా అరుదుగా సంభవించుతుంది, అయినప్పటికీ ప్లూమో శ్వాస రక్తం లేదా అనస్థేషియాలో ఇది సంభవించే అవకాశం ఉంటుంది.

7. అనస్థేషియా మరియు శ్వాస రక్తం సంబంధించిన సంక్లిష్టతలు (జీవన ప్లూమోదకరమైనవి లేదా తక్కువ తీవ్రత కలిగినవి) సంభవించవచ్చు. నేను ఈ ప్లూమోదాలను అంగీకరిస్తున్నాను. క్లోనినోరల్ క్లోలుకునే కాలం క్లోనినో వారాలు వారిలో అవకాశం ఉంటుంది.

8. శ్వాస రక్తంను సాధారణ / ప్లూమో / లోకల్ లేదా ఇతర తగిన అనస్థేషియా కోరింది, శ్వాస రక్తం నమూనా మరియు అనస్థేషియాలజిస్ట్ డాక్టర్ _____ నిర్ణయించిన పరకారం నిర్వహించవచ్చు.

9. అలర్జిక్ ప్లూమో రోగులు సంభవించవచ్చు. నాకు ఉన్న అలర్జిక్ గురించి వైద్యులకు తెలియజేయడం నా బాధ్యత.

10. గత శ్వాస రక్తం లేదా అనస్థేషియాలో ఏవైనా సమస్యలు ఎదురైతే, మాటని వైద్యుడికి తెలియజేయాలి.

11. ఈ వాదనం యొక్క ఫలితాల గురించి లేదా చికిత్స గురించి వైద్యుడు నాకు ఎటువంటి హామీ ఇవ్వలేదు. క్లోనినోరల్ చికిత్స పూర్తయ్యేందుకు ఒకటి

కంటే ఎక్కువ శస్త్రిరచకిత్సలు అవసరమవుతాయి. అత్యవసర శస్త్రిరచకిత్స అవసరమైతే, దానికి నేను అనుమతి ఇస్తాననాను.

12. శస్త్రిరచకిత్స సమయంలో లెదా దాని పరిధిలో రక్త మార్పిడి అవసరమవుతుంది. సరైన క్లినికల్ యాంత్రిక చికిత్స రక్తాన్ని ఇవ్వడానికి అన్ని జాగ్రత్తలు తీసుకుంటారు. అయినప్పటికీ, రక్త మార్పిడి తర్వాత అరుదుగా సంక్లిష్టతలు సంభవించవచ్చు. నేను ఈ ప్రమాదాన్ని అంగీకరిస్తున్నాను.

13. వైద్య, శస్త్రిరచకిత్స లెదా వైద్య పర్యవేక్షణ క్రింద, నా శరీర భాగాల ఫోటోలు, వీడియోలు లెదా చికిత్సకు తీసుకువచ్చిన నేను అనుమతి ఇస్తాననాను. ఇవి నా గుర్తింపును బహిర్గతం చేయకుండా ఉపయోగించబడతాయి.

14. శస్త్రిరచకిత్స సమయంలో తొలగించబడే కణజాలం లెదా శరీర భాగాలను ఆసుపత్రి నర్తనాళాలు పారవేయడానికి నేను అనుమతి ఇస్తాననాను.

15. వైద్యుడితో మార్తగా సహకరించేందుకు మరియు ఆయన సూచనలు, చికిత్స మార్గదర్శకాలను పాటించేందుకు నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

16. ఆసుపత్రిలో అందుబాటులో ఉన్న సౌకర్యాలు మరియు అందుబాటులో లేని సౌకర్యాల గురించి నాకు అవగాహన ఉంది.

17. ఆసుపత్రిలో ఉపయోగించే మందులు, ఇన్ఫ్యూషన్ బాటిళ్లు, సరింజులు మొదలైనవి ఆసుపత్రి తయారు చేసినవి కావని నాకు తెలుసు. సాంధ్యం కంప్యూటర్ల మందులు ఉపయోగించబడతాయని నాకు తెలుసు.

18. నా చకిత్స కోసం అవసరమైన మందులు, సూచి పదార్థాలు, క్షయభౌతికాలు
మరియు డిస్పెన్సరీ సమయానికి మరియు సరిపడా పరిమాణంలో
అందించాల్సిన బాధ్యత నాకు లేదా నా బంధుమలకు ఉంది.

19. పై వ్యయాలనా నాకు నా మాతృభాషలో / నాకు అర్థమయ్యే భాషలో
వీవరించబడ్డాయో. నేను సవచ్ఛందంగా, సవచ్ఛత్రో ఈ అనుమతి
ఇస్తానను.

20. అత్యవసర చకిత్సల కోసం వచ్ఛన బిల్లులు సహా అనా బిల్లులను
చాలా లించేందుకు నేను బాధ్యత వహిస్తానను. శస్త్రచకిత్స సమయంలో
సంక్లిష్టతలు సంభవించవచ్చు, వాటి పరిష్కారం కోసం పరత్యేక బిల్లులు
రావచ్చు. నేను ఈ వ్యయానా అంగీకరిస్తానను.

21. కోరింద సంతకం చేసిన సంతకక్షకుడు నా తరఫున చేసు పత్రాలు, డిశ్చార్జ్
సమర్పి, పరీక్షా నావీదీకలు మరియు చకిత్సకు సంబంధించిన ఇతర సమాచారం
అందుకోవచ్చు.

సాక్షి: రోగి సంతకం: _____ లేదా రోగి తరఫున సంతకం

చేయడానికి అధికారం కలిగిన బంధుమ / లీగల్ గార్డయన్:

బంధుమ / గార్డయన్ పేరు: _____ తేదీ:

_____ సమయం: _____