

વાળની પુનઃસ્થાપના સર્જરી માટે સહમતીપત્ર

તારીખ: _____

નામ: _____,

ઉંમર: _____ લિંગ: _____

સરનામું: _____

તમે ડૉ. _____ પાસે નીચેના ફરિયાદો સાથે આવ્યા છો:

આ દસ્તાવેજ વાચવા અને સમજવા માટે છે. તેમાં આપની યોજિત સર્જરીની પ્રક્રિયા, તેનો અનુસંધાન (sequelae), અને શક્ય જટિલતાઓ (complications) વિશે માહિતી છે. કૃપા કરીને દસ્તાવેજ વાંચ્યા પછી તમારા તમામ સંશયો નિર્વિઘ્નપણે પૂછો. આ દસ્તાવેજ તમારું અને તમારા આધાર વ્યક્તિનું (kin/witness) સહી કરીને માન્ય બનશે. તમારે સારવાર દરમિયાન તમારી તપાસ અને માહિતી તમારી પસંદગીના આધાર વ્યક્તિ સાથે વહેંચવાની મંજૂરી આપવી પડશે.

ભાગ 1: પ્રસ્તાવિત પ્રક્રિયાની વિગત

A. પ્રી-એનેસ્થીશિયા ચકાસણી (Pre-anaesthesia check-up)

A1. જરૂરી તપાસો:

CBC

Urine Routine

Complete Coagulation Profile (BT, CT, PT, aPTT)

BSL – R (Fasting & PP જો ડાયાબિટીસ હોય તો)

Viral Markers (HIV, HCV, HbSAg)

ECG

A2. સર્જરી માટે ફિટનેસ:

ડાયાબિટીસ / હાઈપરટેન્શન / બ્લડ થિનર્સ માટે ફિઝીશિયન પાસેથી ફિટનેસ જરૂરી છે.

પ્રી-ઓપરેટિવ સૂચનાઓ:

1. લસણ, પેઈનકિલર્સ, બ્લડ થિનર્સ, લીલી ચા, હર્બલ દવાઓ ઓપરેશનના 2 અઠવાડિયા પહેલાં બંધ કરો.
2. તમાકુ / ધુમ્રપાન અને દારૂ ઓપરેશનના 3 અઠવાડિયા પહેલાં અને પછી 3 અઠવાડિયા બંધ રાખો.
3. તમારું નિયમિત દવાઓ માટે નિર્દેશ પ્રમાણે નક્કી કરાશે.
4. વાળની ટ્રિમિંગ હોસ્પિટલમાં થશે.

5. ઓપરેશન પહેલા રાત્રે અને સવારે સંપૂર્ણ શરીર સાફ કરવા માટે નાહવું ફરજિયાત છે.

6. ડોક્ટર દ્વારા આપેલા સમયસર હોસ્પિટલમાં હાજર થવું.

ફોર્મ ભરાવવું: તમારું સ્વાસ્થ્ય ઇતિહાસ આપો.

ફોટોગ્રાફી સહમતી: આંખો ઢાંકીને ચિત્રણ થશે અને ખાનગી માહિતી સુરક્ષિત રહેશે.

B. એનેસ્થેસિયા પ્રકાર

આ ઓપરેશન માટે સ્થાનિક એનેસ્થેસિયા (Local anaesthesia) આપવામાં આવશે.

C. સર્જરી પ્રક્રિયા

વાળ આપના સ્કાલ્પ/શરીરમાંથી હેરવસ્ટ કરીને બીજી જગ્યાએ મુકવામાં આવશે.

FUE (Follicular Unit Extraction) કે FUT (Strip method) પદ્ધતિનો ઉપયોગ થઈ શકે છે.

હેર grafts ખાલી જગ્યામાં સ્લિટ અથવા ઈમ્પ્લાન્ટરથી મૂકવામાં આવશે.

ઓપરેશન સામાન્ય રીતે 8 થી 9 કલાક ચાલે છે.

Daycare પ્રક્રિયા છે.

D. અન્ય વિકલ્પો:

Platelet Rich Plasma Therapy

Low-Light Laser Therapy

Derma roller with Mesotherapy

Life-style Modification

Wig, Weaving, SMP (Scalp Micro Pigmentation), Artificial Hair Patch

E. ડિસ્ચાર્જ સમયમાં સમાવિષ્ટ:

ઓપરેશનનું નામ:

તારીખ:

સર્જન અને એનેસ્થેસિયોલોજિસ્ટનું નામ:

ઓપરેશન નોટ્સ:

જો કોઈ અનિચ્છનીય ઘટના ઘટી હોય:

F. ફોલોઅપ અને ઘરના સૂચનો:

ખાસ કાળજી રાખવાની બાબતો

આથોરાઈઝડ વ્યક્તિને આપવામાં આવનાર ડિસ્ચાર્જ કાર્ડ

ખર્ચ માટે પેશન્ટ તરફથી પેટાવાર અંદાજ

G. સંભવિત જટિલતાઓ (Complications):

પ્રક્રિયા સંબંધિત:

1. દુખાવો, ફુલાવો, બ્લીડિંગ, ઇન્ફેક્શન

2. નમ્બનેસ કે લાંબા ગાળાનો પેઈન

3. અસામાન્ય સ્કાર / કેલોઇડ

4. નેચરલ ન લાગતી હેરલાઇન

5. ટેમ્પરરી હેરલોસ

6. રેડ અને પેઈનલફુલ સિસ્ટર્સ (દુર્લભ)

દવાઓ સંબંધિત:

Minoxidil 5%: ખંજવાળ, ચામડીની બીલિંગ, ઘબકારા

Finasteride 1mg: કામેચ્છા ઘટવી, ઈમ્પોટન્સ (જ્યારેક અપરિવર્તનશીલ)

એનેસ્થેસિયા સંબંધિત:

Dizzy, Nausea, Allergic reactions, Bruising

દુર્લભ પરંતુ ગંભીર પરિણામ – Brain Damage, Paralysis, Death

Anaphylactic reaction માટે નજીકના ICU/Nursing Homeમાં શિફ્ટ કરવાની જરૂર પડી શકે છે (ખર્ચ પેશન્ટ તરફથી).

H. તમારી આશાઓ અને પ્રશ્નો

આ દસ્તાવેજ વાંચ્યા પછી, તમારા પ્રશ્નો લખો. ડૉક્ટર તમારી સાથે ફરી ચર્ચા કરશે.

પેશન્ટની સહી: _____

ડૉક્ટરની સહી: _____

કિન/સાક્ષીની સહી: _____