

लेसर उपचारासाठी संमती पत्र

तारीख

प्रिय -----

वय लिंग

पता

तुम्ही खालील चिकित्सेसाठी डॉक्टर यांचेकडे आला आहात.

हा दस्तऐवज तुमच्या प्रस्तावित शस्त्रक्रियेसाठी मानक प्रक्रिया, त्याचे परिणाम, संभाव्य गुंतागुंत पूर्णपणे वाचण्यासाठी आणि समजून घेण्यासाठी आहे. हे दस्तऐवज वाचल्यानंतर कृपया कोणतेही स्पष्टीकरण मागण्यास मोकळ्या मनाने विचारा. तुम्हाला संपूर्ण प्रक्रियेचे साक्षीदार बनावेचे असेल तर तुम्हाला कागदपत्र समजून घेतल्यानंतर त्यावर स्वाक्षरी करावी लागेल. तुम्हाला तुमच्या या नातेवाईकासोबत तुमचे वैद्यकीय रेकॉर्ड, तुमच्या ऑपरेशनबद्दलची माहिती, स्थिती आणि वैद्यकीय रेकॉर्ड आवश्यकतेनुसार शेअर करण्याची परवानगी द्यावी लागेल.

१. प्रस्तावित प्रक्रियेचा तपशील - लेसर उपचार.

हा संमती फॉर्म आवश्यक माहिती प्रदान करतो जेणेकरून तुम्ही उपचार घ्यावे की नाही याबद्दल माहितीपूर्ण निर्णय घेऊ शकाल. _____

मी काही मूलभूत सूचना वाचल्या आणि समजल्या आहेत.

उपचार सुरु करण्या अगोदर

- प्रत्येक उपचारापूर्वी किमान ४ आठवडे आणि उपचारांचा कालावधी दरम्यान टॅनिंग बेड, थेट सूर्यप्रकाश आणि सूर्यप्रकाशाशिवाय टॅनिंग उत्पादने टाळा.
- उपचारांच्या कालावधीसाठी दररोज झिंक ऑक्साईड किंवा टायटॅनियम डायऑक्साईड असलेले SPF ३० चे ब्रॉड-स्पेक्ट्रम सनस्क्रीन वापरा.
- प्रत्येक उपचारापूर्वी किमान ७२ तास प्रकाशसंवेदनशीलता निर्माण करणारी औषधे (जसे की डॉक्सीसाइक्लिन आणि मिनोसाइक्लिन) टाळा.

जर तुम्हाला उपचार क्षेत्रात हर्पिस (तोडातील फोड, जननेंद्रियातील फोड) किंवा शिंगल्सचा इतिहास असेल, तर उपचाराच्या २ दिवस आधी निर्देशित केल्याप्रमाणे तुमचे अँटीव्हायरल औषध (व्हॅलासायक्लोव्हीर, असायक्लोव्हीर) सुरु करा आणि उपचारानंतर ३ दिवस सुरु ठेवा.

उपचारांच्या १ आठवडा आधी ग्लायकोलिक आणि रेटिन-ए-युक्त उत्पादनांचा वापर बंद करा.

- उपचारादरम्यान, तो भाग कोणत्याही उघड्या फोडांपासून, जखमांपासून किंवा त्वचेच्या संसर्गापासून मुक्त असावा (उदा., सक्रिय पुरळ).

प्री-ऑप फोटोग्राफी आणि मार्किंग--- आम्ही दस्तऐवजीकरण, शिक्षण आणि संशोधनाच्या उद्देशाने छायाचित्रे घेऊ. नेहमीच कडक गोपनीयता राखली जाईल.

OA मध्ये पुरुष/महिला सहाय्यकांची उपस्थिती - पुरुष सहाय्यक असतील.

वैद्यकीय नोंदीबद्दल एक स्वतंत्र संमती फॉर्म जोडला आहे. तुम्हाला नातेवाईकांसह त्यावर स्वाक्षरी करणे आवश्यक आहे.

प्रस्तावित प्रक्रियेची तपशीलवार माहिती --

उपचार करावयाचा भाग साबण आणि पाण्याने स्वच्छ केला जातो. नियोजित लेसरच्या प्रकारानुसार सुन्न करणारी क्रीम लागू केली जाऊ शकते. उपचार करावयाच्या भागावर कूलिंग जेल लागू केले जाऊ शकते. एक संरक्षक चष्मा दिला जातो आणि तुम्हाला पलंगावर किंवा खुर्चीवर उपचार क्षेत्रात आरामदायी स्थिती दिली जाते. कृपया तुमचे डोळे बंद ठेवा आणि सूचनांशिवाय डोळे उघडू नका किंवा संरक्षक आय शील्ड काढू नका. जर तुम्हाला वेदना किंवा उष्णता जाणवत असेल तर कृपया उपचार करणाऱ्या व्यक्तीला तोंडी कळवा.

जर तुम्हाला कोल्ड पॅक लावण्यासाठी दिले असतील तर दिलेल्या कालावधीसाठी लावा.

जर तुम्हाला वेदना किंवा लालसरपणा जाणवला तर डॉक्टरांना कळवा

प्रस्तावित शस्त्रक्रियेसाठी पर्याय आणि तपशील

CO2 लेसरसाठी--डर्मारोलर, डर्मापेन, फिलर्स, फॅट ग्राफ्ट्स, मायक्रोनीडल रेडिओफ्रिक्वेन्सी हे शक्य पर्याय असू शकतात.

केस काढण्यासाठी--इलेक्ट्रोलिसिस हा कायमचा पण कंटाळवाणा पर्याय आहे. इतर पर्याय म्हणजे वॅक्सिंग, थ्रेडिंग आणि शेव्हिंग चट्टे, रक्तवहिन्यासंबंधी विकृती आणि टॅटूसाठी प्लास्टिक सर्जरी हा एक पर्याय असू शकतो.

उपचारानंतर

- उपचारानंतर लगेच, रंगद्रव्ययुक्त जखम दिसतील काळे झाले असतील. जखम १-२ आठवड्यांपर्यंत गडद होत राहतील आणि सोलून निघतील.
- उपचार क्षेत्रात सौम्य ते मध्यम सूर्यप्रकाशाची भावना सामान्य आहे. हे सामान्यतः काही तासांतच बरे होते परंतु ३ दिवसांपर्यंत टिकू शकते.
- ही लक्षणे कमी करण्यासाठी आवश्यकतेनुसार उपचार केलेल्या भागात दर १-२ तासांनी १५ मिनिटे गुंडाळलेला थंड कॉम्प्रेस किंवा गुंडाळलेला बर्फाचा पॅक लावा. त्वचेची जळजळ कमी करण्यासाठी तुम्ही ३ दिवसांपर्यंत त्वचेवर हायड्रोकोर्टिसोन १% ओव्हर-द-काउंटर क्रीम दिवसातून दोनदा लावू शकता.
- सौम्य साबणाने दिवसातून दोनदा हळूवारपणे धुवा, त्वचेला जोरदारपणे घासू नका आणि गरम पाण्याने टाळा, कारण त्वचा अनेक दिवस नाजूक राहील.

- उपचारानंतर २४ तासांपर्यंत किंवा सूज कमी होईपर्यंत अशा क्रियाकलाप टाळा ज्यामुळे फ्लशिंग होऊ शकते.
- उपचारानंतर १ आठवड्यापर्यंत जळजळ होऊ शकते अशा कोणत्याही स्थानिक उत्पादनांपासून दूर रहा.
- जर फोड, कवच किंवा खरूज निर्माण झाले तर ताबडतोब आमच्या कार्यालयाला कॉल करा. त्वचा बरी होईपर्यंत दिवसातून दोनदा त्या भागात पातळ थराचे अँटीबायोटिक मलम (जसे की बॅसिट्रासिन) लावा. उपचारानंतर तयार होणारे खपली उचलू नका किंवा काढण्याचा प्रयत्न करू नका, कारण यामुळे संसर्ग होण्याची शक्यता असते.

रुग्णाने सूचित केलेल्यापुढील अधिकृत व्यक्तीला प्रमाणपत्रे आणि कागदपत्रे द्यावीत.-----

----- (नातेवाईकांचे नाव भरा)

रुग्णाने पैसे देण्याचे आश्वासन देऊन प्रक्रियेचा अंदाज घ्या.

लेसर उपचार पद्धतीतील संभाव्य (पण त्यापुरतेच मर्यादित नसलेले) धोके, दुष्परिणाम आणि गुंतागुंत

- उपचारादरम्यान अस्वस्थता/वेदना, तात्पुरती लालसरपणा आणि सूज होऊ शकते
- जखम, फोड येणे, भाजणे, खरूज येणे आणि संसर्ग देखील होऊ शकतो पण ते दुर्मिळ असतात.
- काळ्या त्वचेच्या प्रकारातील रुग्णांना हायपोपिग्मेंटेशन, हायपरपिग्मेंटेशन, फोड येणे, डाग येणे आणि अधिक परिवर्तनीय परिणाम यासारख्या गुंतागुंतींचा धोका वाढतो.
- लेसर उपचारांमुळे त्वचेत दृश्यमान नमुने निर्माण होऊ शकतात. याची घटना अंदाजे नसते आणि सामान्यतः तात्पुरती असते परंतु कायमस्वरूपी असू शकते.
- कोणत्याही लेसर बीमने आघात झाल्यास डोळ्यांना अपघाती दुखापत होण्याचा धोका अत्यंत दुर्मिळ आहे जरी सर्व लेसर उपचारांमध्ये लेसर सुरक्षा खबरदारी आणि डोळ्यांचे संरक्षण नेहमीच वापरले जाते.
- हर्पिस सिम्प्लेक्स (सर्दी फोड, जननेंद्रियातील नागीण) किंवा व्हेरिसेला (शिंगल्स) सारखे वारंवार होणारे विषाणूजन्य संसर्ग लेसर उपचारांमुळे सक्रिय होऊ शकतात.
- उपचार क्षेत्रातील टॅटू आणि कायमस्वरूपी मेकअप अनावधानाने बदलले जाऊ शकतात.

मला समजते की या फॉर्मवरील माहिती माझ्या वैद्यकीय आणि सौंदर्यप्रसाधनांच्या गरजा आणि उपचारांची तरतूद निश्चित करण्यासाठी आवश्यक आहे.

मला समजते की जर माझ्या वैद्यकीय इतिहासात/आरोग्यात काही बदल झाले तर मी ते शक्य तितक्या लवकर क्लिनिक/रुग्णालयात कळवीन. मी वरील सूचना आणि त्यातील जोखीम वाचल्या आणि समजून घेतल्या आहेत. मी कबूल करतो की सर्व उत्तरे खरेपणाने नोंदवली गेली आहेत आणि या आणि उपचारांच्या पूर्णतेत मी केलेल्या कोणत्याही चुका किंवा चुकांसाठी डॉक्टर किंवा कोणत्याही कर्मचारी सदस्याला जबाबदार धरणार नाही.

मला समजते की कॉस्मेटिक उपचारांचा खर्च विमा योजनेद्वारे कव्हर केला जाण्याची शक्यता कमी आहे. जरी काही विमा संरक्षण असले तरी, मी संपूर्ण देयकाची जबाबदारी घेईन.

जर गुंतागुंत निर्माण झाली किंवा उपचारांसाठी कोणत्याही अतिरिक्त प्रक्रियेची आवश्यकता असेल तर अतिरिक्त खर्च येऊ शकतो. थेरपीच्या प्रगतीवर लक्ष ठेवण्यासाठी लेसर उपचारांच्या दरम्यान छायाचित्रे काढली जाऊ शकतात. जर चित्रे माझी ओळख उघड करत नसतील तर मी अशा छायाचित्रांच्या वापरास संमती देतो.

मी प्रमाणित करतो की मी ही संमती वाचली आहे आणि समजून घेतली आहे आणि माझ्या सर्व प्रश्नांची उत्तरे माझ्या समाधानाने देण्यात आली आहेत.

मी याद्वारे डॉक्टर _____ आणि/किंवा निवडलेल्या अशा
सहाय्यकांना खालीलपैकी एक उपचार करण्यासाठी अधिकृत करतो:

स्वाक्षरी

रुग्ण -

रुग्णाचे नातेवाईक--

डॉक्टर -

तारीख आणि ठिकाण