

स्तन वृद्धि (इम्प्लांट के साथ) हेतु सहमति पत्र

रोगी की जानकारी:

पिरय

आयु/लिंग:

पता:

आप डॉक्टर _____ के पास निम्नलिखित समस्याओं के लिए आए हैं।

यह दस्तावेज़ आपको विस्तार से पढ़ना है ताकि आप प्रस्तावित सर्जरी, उसके परिणामों और संभावित जटिलताओं को समझ सकें। कृपया इसे पढ़ने के बाद कोई भी स्पष्टीकरण पूछने में संकोच न करें। इसे पढ़ने और समझने के बाद आप और आपका कोई करीबी व्यक्ति (साक्षी) इसे हस्ताक्षरित करेंगे। साथ ही, आपकी अनुमति से हम आपके ऑपरेशन की जानकारी और मेडिकल रिकॉर्ड इस साक्षी के साथ साझा करेंगे।

□

ऑपरेशन से पहले रोगी के लिए निर्देश:

प्री-एनेस्थेटिक चेकअप (PAC):

- आवश्यक और वैकल्पिक जांच:
- CBC, यूरिन रूटीन, कोएगुलेशन प्रोफाइल (BT, CT, PT, aPTT), स. क्रिएटिनिन, BSL (F और PP यदि मधुमेह हो), HIV, HCV, HbsAg, ECG, एक्स-रे छाती
- कार्डियोलॉजिस्ट / चेस्ट फिजिशियन से राय (यदि आवश्यक)
- एनेस्थेटिस्ट से सर्जरी की फिटनेस - सामान्य/ऊपरी एपिड्यूरल एनेस्थीसिया का जोखिम

ऑपरेशन से पहले दवाएं बंद करें (2 सप्ताह पहले):

- लहसुन, पेन किलर, ब्लड थिनर, ग्रीन टी, सभी हर्बल दवाएं

धूम्रपान और शराब:

- ऑपरेशन से 3 सप्ताह पहले धूम्रपान न करें

भोजन और दवाएं:

- 8 घंटे उपवास
- ब्लड प्रेशर की दवा: जारी रखें
- डायबिटीज की दवा: ऑपरेशन वाले दिन छोड़ें
- ब्लड थिनर: ऑपरेशन से 4 दिन पहले कार्डियोलॉजिस्ट की अनुमति से बंद करें

□

फोटोग्राफी की सहमति और प्रक्रिया:

- फोटो डाक्यूमेंटेशन, शोध और अध्ययन के लिए लिए जाएंगे, गोपनीयता रखी जाएगी

□

सर्जरी से पूर्व तैयारी:

- सर्जिकल मार्किंग
- सामान्य एनेस्थीसिया
- स्व-घोषणा पत्र भरना
- बगल के बाल ट्रिम किए जाएंगे
- इम्प्लांट का चयन परामर्श के अनुसार किया जाएगा

□

रोगी सूचना पत्र (Patient Information Sheet):

स्तन वृद्धि क्या है?

यह प्रक्रिया छोटे, असममित, या ढीले स्तनों के लिए होती है, जिसमें सर्जन स्तनों के आकार व रूप में सुधार करता है। इम्प्लांट सलाइन या सिलिकॉन के हो सकते हैं और इन्हें छाती के नीचे, एरिओला के पास या बगल से डाला जा सकता है।

□

विकल्पी उपचार:

- बाहरी ब्रेस्ट प्रोस्थेसिस, पैडिंग
- शरीर की अपनी चर्बी का ट्रांसफर

□

सर्जरी के प्रकार:

1. कट का स्थान:
 - स्तन के नीचे (Inframammary)
 - एरिओला के पास (Periareolar)
 - बगल से (Axillary)
2. इम्प्लांट का स्थान:
 - मांसपेशी के नीचे (Submuscular)
 - फैशिया के नीचे (Subfascial)
 - स्तन ग्रंथि के नीचे (Subglandular)
 - कभी-कभी इनका संयोजन

□

सर्जरी के संभावित दुष्प्रभाव:

आम समस्याएं:

- निप्पल की संवेदना में अस्थायी बदलाव
- आयु, वजन परिवर्तन, प्रेग्नेंसी से स्तनों की बनावट में बदलाव
- कैप्स्यूलर कॉन्ट्रैक्चर: स्कार टिशू टाइट होकर दर्द और सख्ती कर सकता है
- इम्प्लांट रप्चर: MRI से जाँच की जाती है
- इम्प्लांट एक्सटर्जिन / ऊतक क्षय
- हीलिंग में समस्या
- त्वचा में झुर्रियाँ
- संक्रमण (इंफेक्शन)

असामान्य समस्याएं:

- रक्तस्राव
- टांके बाहर आना
- असममितता
- असंतोषजनक परिणाम
- सूजन, नीले निशान
- इम्प्लांट का घूम जाना

दुर्लभ समस्याएं:

- BIA-ALCL (लिम्फोमा): अत्यंत दुर्लभ कैंसर, जो शुरुआती अवस्था में इलाज योग्य है
- गहरे अंगों को क्षति
- त्वचा, निप्पल का रक्त प्रवाह बंद होना
- एलर्जी प्रतिक्रिया

ऑपरेशन से पहले आवश्यक बातें:

- स्तन रोग व कैंसर की नियमित जांच
- स्तनपान पर प्रभाव नहीं पड़ता
- मैमोग्राफी / अल्ट्रासाउंड / MRI की सलाह
- अत्यधिक बड़े इम्प्लांट से दीर्घकालिक समस्याएं हो सकती हैं

□

भविष्य में सर्जरी की संभावना:

- कैप्स्यूलर कॉन्ट्रैक्चर, इम्प्लांट रिप्लेसमेंट, अन्य जटिलताओं के लिए दोबारा सर्जरी की आवश्यकता हो सकती है

□

एनेस्थीसिया से जुड़े जोखिम:

कृपया संलग्न प्रपत्र देखें

□

सर्जरी के बाद के निर्देश:

1. निर्धारित ब्रा पहनें (6-8 सप्ताह)
2. स्नान के समय या असुविधा हो तो ब्रा 1-2 घंटे के लिए हटा सकते हैं
3. रोज़ 2-3 लीटर तरल लें
4. मीठा और तला-भुना परहेज़ करें
5. ऑपरेशन के 3 दिन बाद स्नान कर सकते हैं
6. 3-5 दिन बाद अस्पताल आएंगे
7. झुकना, भारी वजन उठाना, ज्यादा मेहनत से बचें

8. दिन 5 के बाद धीरे-धीरे गतिविधियाँ बढ़ाएँ
9. दर्द, थकावट या चक्कर आ सकते हैं - सहायता लें
10. 2 महीने तक मालिश न करें
11. दूसरी हफ्ते से हल्का कार्य कर सकते हैं (कम यात्रा भी)
12. फॉलो अप: 2-3 बार पहले 2 हफ्तों में, फिर 1 महीने बाद, फिर हर 3 महीने में

□

अधिकार / प्रमाण पत्र / कागजात:

- मरीज द्वारा नामित व्यक्ति को दस्तावेज सौंपे जाएं

नाम: _____

- डिस्चार्ज कार्ड
- ज़रूरी लैडलाइन नंबर
- खर्च का अनुमान और भुगतान संबंधी सहमति
- इच्छित परिणामों की सूची (मरीज द्वारा दी जाए)
- सर्जन बताएगा कि क्या संभव है, क्या नहीं

□

हस्ताक्षर:

रोगी के हस्ताक्षर: _____

डॉक्टर के हस्ताक्षर: _____

साक्षी/परिजन के हस्ताक्षर: _____