

लेजर ट्रीटमेंट के लिए विस्तृत सहमति पत्र का हिंदी अनुवाद:

□

सर्जरी हेतु सहमति पत्र

दिनांक: _____

क्रमान/क्रमती _____

उम्र / लिंग: _____

पता: _____

आप निम्नलिखित समस्याओं के साथ डॉ. _____ के पास आए हैं।

यह दस्तावेज आपको प्रस्तावित सर्जरी की मानक प्रक्रिया, संभावित परिणाम, और संभावित जटिलताओं को समझने हेतु पढ़ने के लिए है। कृपया इसे ध्यानपूर्वक पढ़ें। किसी भी शंका के लिए आप स्वतंत्र हैं पूछने हेतु।

इस दस्तावेज को समझने के पश्चात, आपको और आपके द्वारा चुने गए किसी गवाह (परिजन) को इस पर हस्ताक्षर करने होंगे।

आपको यह अनुमति भी देनी होगी कि हम आपकी मेडिकल रिपोर्ट, सर्जरी से संबंधित जानकारी और स्वास्थ्य से संबंधित विवरण आपके इस परिजन/गवाह के साथ साझा कर सकें।

□

1. प्रस्तावित प्रक्रिया का विवरण – लेजर ट्रीटमेंट

यह सहमति पत्र आपको यह निर्णय लेने में सहायता हेतु आवश्यक जानकारी देता है कि आप यह प्रक्रिया करवाना चाहते हैं या नहीं:



इलाज से पहले की बुनियादी जानकारी (मैंने पढ़ी और समझी है):

- उपचार से 4 सप्ताह पहले और उपचार की अवधि में टैनिंग बेड, सीधा धूप संपर्क और सनलेस टैनिंग उत्पादों से बचें।
- उपचार के दौरान रोजाना SPF 30 या उससे अधिक की ज़िंक ऑक्साइड या टाइटैनियम डाइऑक्साइड युक्त सनस्क्रीन का प्रयोग करें।
- फोटोसेंसिटिव दवाएं (जैसे डॉक्सीसाइक्लिन, मिनोसाइक्लिन) उपचार से 72 घंटे पहले बंद करें।
- यदि आपको उस क्षेत्र में हरपीज़ या शिंगल्स का इतिहास है, तो वैलेसाइक्लोवीर या एसाइक्लोवीर 2 दिन पहले शुरू करें और 3 दिन बाद तक जारी रखें।
- ग्लाइकोलिक एसिड और रेटिन-ए युक्त उत्पादों का उपयोग सत्र से 1 सप्ताह पहले बंद करें।
- उपचार के समय क्षेत्र में कोई घाव, संक्रमण या सक्रिय मुंहासे नहीं होने चाहिए।



प्री-ऑप फोटोग्राफी और मार्किंग:

- चिकित्सा दस्तावेज़ीकरण, अध्ययन एवं शोध हेतु फोटो लिए जाएंगे।
- आपकी पहचान गोपनीय रखी जाएगी।
- ऑपरेशन थिएटर में पुरुष सहायक उपस्थित होगा; यदि आप ऐसा नहीं चाहते, तो कृपया स्टाफ को सूचित करें।



मेडिकल रिकॉर्ड्स की सहमति

एक अलग सहमति पत्र इसके लिए संलग्न है, जिस पर आपको और आपके परिजन को हस्ताक्षर करना होगा।

□

उपचार की प्रक्रिया का विवरण:

- उपचार क्षेत्र को साबुन और पानी से साफ किया जाएगा।
- आवश्यकता अनुसार सुन्न करने वाली क्रीम या कूलिंग जेल लगाया जा सकता है।
- आंखों को सुरक्षा चश्मे से ढका जाएगा और आरामदायक स्थिति में बेड या कुर्सी पर उपचार किया जाएगा।
- कृपया अपनी आंखें बंद रखें और चिकित्सक की अनुमति के बिना न खोलें।
- यदि जलन या गर्मी महसूस हो, तो मौखिक रूप से बताएं।
- कोल्ड पैक दिए जाएं तो निर्देशानुसार लगाएं।
- यदि दर्द या लालिमा हो, तो तुरंत डॉक्टर को सूचित करें।

□

उपलब्ध विकल्प:

- CO2 लेज़र हेतु: डर्मारोलर, डर्मापेन, फिलर, फैट ग्राफ्टिंग, माइक्रोनीडल रेडियोफ्रीक्वेंसी
- बाल हटाने हेतु: इलेक्ट्रोलाइसिस (स्थायी लेकिन समय लेने वाला विकल्प), वैक्सिंग, थ्रेडिंग, शेविंग
- दाग-धब्बों, वैस्कुलर मालफॉर्मेशन, टैटू हेतु: प्लास्टिक सर्जरी एक विकल्प हो सकता है

□

उपचार के बाद की सावधानियां:

- उपचार के तुरंत बाद पिगमेंटेड निशान गहरे हो सकते हैं और 1-2 सप्ताह में छिलकर उतर सकते हैं।
- हल्की से मध्यम जलन, लाली, सूजन सामान्य है — आमतौर पर कुछ घंटों में ठीक हो जाती है, पर 3 दिन तक रह सकती है।
- ठंडे कपड़े या आइस पैक 15 मिनट तक हर 1-2 घंटे में लगाएं।

- हाइड्रोकोर्टिसोन 1% क्रीम दिन में 2 बार 3 दिन तक लगाई जा सकती है (यदि त्वचा पर घाव न हों)।
- हल्के साबुन से दिन में दो बार धोएं; त्वचा को जोर से न रगड़ें; गर्म पानी से बचें।
- उपचार के बाद 24 घंटे तक ऐसा कोई कार्य न करें जिससे चेहरे पर रक्त प्रवाह बढ़े।
- जलनकारी स्किन प्रोडक्ट्स 1 सप्ताह तक न लगाएं।
- यदि फफोले, पपड़ी या घाव बनें तो तुरंत क्लिनिक से संपर्क करें।
- एंटीबायोटिक मरहम (जैसे बैसिट्रासिन) दिन में 2 बार लगाएं। पपड़ी को नोचें नहीं — इससे संक्रमण या निशान पड़ सकता है।

□

प्रमाणपत्र और दस्तावेज़

सभी कागजात उस अधिकृत व्यक्ति को सौंपे जाएंगे जिसे रोगी द्वारा नामित किया गया हो:

□ _____ (परिजन/गवाह का नाम भरें)

□

उपचार का अनुमान और भुगतान की शर्तें

यह समझा गया है कि कॉस्मेटिक उपचार का खर्च बीमा द्वारा आमतौर पर कवर नहीं होता।

यदि कोई जटिलता उत्पन्न हो या अतिरिक्त प्रक्रिया की आवश्यकता हो तो अतिरिक्त शुल्क लग सकता है।

उपचार की प्रगति रिकॉर्ड करने हेतु फोटो लिए जा सकते हैं। यदि इन चित्रों में पहचान उजागर न हो, तो मैं उनकी उपयोगिता की सहमति देता/देती हूँ।

□

संभावित जोखिम, दुष्प्रभाव और जटिलताएं:

- उपचार के दौरान दर्द या असहजता, लालिमा, सूजन
- कभी-कभी नीला पड़ना, फफोले, जलन, पपड़ी बनना, संक्रमण
- गहरे रंग की त्वचा वालों में रंग का हल्का/गहरा होना, दाग पड़ना
- कुछ मामलों में त्वचा पर लेज़र पैटर्न दिख सकते हैं — सामान्यतः अस्थायी, पर स्थायी भी हो सकते हैं
- अत्यंत दुर्लभ रूप से आंखों को लेज़र से चोट लगने की संभावना
- हरपीज़/शिंगल्स जैसे वायरल संक्रमण दोबारा सक्रिय हो सकते हैं
- टैटू या परमानेंट मेकअप का रंग बिगड़ सकता है

□

मैं समझता/समझती हूँ कि इस फॉर्म में दी गई जानकारी मेरे चिकित्सा और कॉस्मेटिक उपचार निर्णय में अत्यंत आवश्यक है।

यदि मेरे स्वास्थ्य में कोई बदलाव होता है तो मैं क्लिनिक को तुरंत सूचित करूंगा/करूंगी।

मैंने ऊपर दिए निर्देश और जोखिम पढ़ लिए हैं और समझ लिए हैं।

मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि सभी उत्तर सत्य हैं और किसी भी त्रुटि के लिए डॉक्टर या स्टाफ को उत्तरदायी नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी।

भले ही कुछ बीमा कवरेज हो, मैं उपचार की पूरी लागत देने हेतु उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।

□

मैं, डॉ. _____ तथा उनके द्वारा नियुक्त सहायक को, निम्नलिखित लेज़र उपचार करने की अनुमति देता/देती हूँ:

□

हस्ताक्षर:

रोगी के हस्ताक्षर: _____

परिजन/गवाह: _____

चिकित्सक: _____

दिनांक और स्थान: _____

□