

ലേസർ ചികിത്സ സമ്മതപത്രം

തീയതി:

പേര്:

വയസ്സ്: ലിംഗം:

വിലാസം:

നിങ്ങൾ താഴെപ്പറയുന്ന പ്രശ്നങ്ങളുമായി ഡോ. _____ നെ സമീപിച്ചിരിക്കുകയാണ്.

നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദിഷ്ട ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള നടപടിക്രമം, അനന്തരഫലങ്ങൾ, സാധ്യമായ സങ്കീർണ്ണതകൾ എന്നിവ നന്നായി വായിക്കാനും മനസ്സിലാക്കാനും വേണ്ടിയാണ് ഈ രേഖ.

വായിച്ച ശേഷം സംശയങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദീകരണം ചോദിക്കാം.

നിങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കിയ ശേഷം, നിങ്ങളുടെ ഭാഗത്ത് സാക്ഷിയായി ഒപ്പിടാൻ നിങ്ങൾ തീരുമാനിക്കുന്ന ബന്ധുവിനൊപ്പം ഈ രേഖയിൽ ഒപ്പിടണം.

നിങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ, ശസ്ത്രക്രിയയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ, അവസ്ഥ, എന്നിവ ആവശ്യാനുസരണം നിങ്ങളുടെ ഈ ബന്ധുവുമായി പങ്കിടാൻ ഞങ്ങളെ അനുവദിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

1. നിർദ്ദിഷ്ട നടപടിക്രമം - ലേസർ ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ.

ഈ സമ്മതപത്രത്തിൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമാകണോ വേണ്ടയോ എന്നതിനെക്കുറിച്ച് ഒരു തീരുമാനമെടുക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു.

2. ഞാൻ വായിച്ച് മനസ്സിലാക്കുന്ന ചില അടിസ്ഥാന നിർദ്ദേശങ്ങൾ -

1. ചികിത്സയ്ക്ക് മുമ്പ് :

1. ചികിത്സയുടെ കാലയളവിലേക്ക് ദിവസേന ടൈറ്റാനിയം ഡൈ ഓക്സൈഡ് അല്ലെങ്കിൽ സിങ്ക് ഓക്സൈഡ് അടങ്ങിയ SPF 30 ന്റെ വിശാലമായ സ്പെക്ട്രം സൺസ്ക്രീൻ ഉപയോഗിക്കണം
2. ഓരോ ചികിത്സയ്ക്കും 4 ആഴ്ച മുമ്പും, ചികിത്സയുടെ കാലയളവിലും ടാനിംഗ് ബെഡ്, നേരിട്ടുള്ള സൂര്യപ്രകാശ സമ്പർക്കം, സൂര്യപ്രകാശരഹിത ടാനിംഗ് ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ എന്നിവ ഒഴിവാക്കുക.
3. ഫോട്ടോസെൻസിറ്റിവിറ്റിക്ക് കാരണമാകുന്ന മരുന്നുകൾ (ഡോക്സിസൈക്ലിൻ, മിനോസൈക്ലിൻ പോലുള്ളവ/doxycycline, minocycline) ഓരോ ചികിത്സയ്ക്കും 72 മണിക്കൂർ മുമ്പെങ്കിലും ഒഴിവാക്കുക.
4. നിങ്ങൾക്ക് ചികിത്സ പ്രദേശത്ത് ഹെർപ്പസ് (വായിൽ പൂഞ്ഞ് , ജനനേന്ദ്രിയ വൃണം) അല്ലെങ്കിൽ ഷിംഗിൾസിന്റേ ചരിത്രമുണ്ടെങ്കിൽ, ചികിത്സയ്ക്ക് 2 ദിവസം മുമ്പ് നിർദ്ദേശിച്ച പ്രകാരം നിങ്ങളുടെ ആൻറിവൈറൽ മരുന്ന് (വലസൈക്ലോവിർ, അസൈക്ലോവിർ/ acyclovir, valacyclovir) ആരംഭിക്കുക, ചികിത്സ കഴിഞ്ഞു 3 ദിവസം വരെ തുടരുക.
5. ചികിത്സയ്ക്ക് 1 ആഴ്ച മുമ്പ് ഗ്ലൈക്കോളിക്, റെറ്റിൻ-എ(glycolic, retin-a) അടങ്ങിയ ഉൽപ്പന്നങ്ങളുടെ ഉപയോഗം നിർത്തുക.
6. ചികിത്സ സമയത്ത്, ചികിത്സ ഭാഗത്ത് തുറന്ന വ്രണങ്ങൾ, മുറിവുകൾ, ചർമ്മ അണുബാധകൾ (ഉദാ. മുഖക്കുരു) എന്നിവ ഉണ്ടാകരുത്.

2. ഫോട്ടോഗ്രാഫിക്കുള്ള സമ്മതപത്രം - നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയ്ക്ക് മുൻപും ശേഷവും ഉള്ള ചിത്രം , ഫോട്ടോ ഡോക്യുമെന്റേഷൻ, ഗ്രന്ഥ-ഗവേഷണ പ്രസിദ്ധീകരണ ആവശ്യത്തിനായി എടുക്കുന്നതാണ്. എല്ലാ സമയത്തും പരമാവധി സ്വകാര്യത മാനിക്കപ്പെടുന്ന രീതിയിൽ മുഖമോ അല്ലെങ്കിൽ കണ്ണോ മറച്ച് ആയിരിക്കും ചിത്രങ്ങൾ എടുക്കുക ദയവായി അനുബന്ധം വായിച്ച് ഒപ്പിടുക.

ചികിത്സ നടക്കുന്ന തീയേറ്ററിൽ യിൽ പുരുഷ/വനിതാ സഹായികളുടെ സാന്നിധ്യം - പുരുഷ സഹായി ഉണ്ടായിരിക്കും.

മെഡിക്കൽ രേഖകളെക്കുറിച്ചുള്ള ഒരു പ്രത്യേക സമ്മതപത്രം അറ്റാച്ച്മെന്റിട്ടുണ്ട്. നിങ്ങൾ അതിൽ ബന്ധുക്കളുമായി ഒപ്പിടേണ്ടതുണ്ട്.

3. ലേസർ ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

ചികിത്സിക്കേണ്ട ഭാഗം സോപ്പും വെള്ളവും ഉപയോഗിച്ച് വൃത്തിയാക്കും . ലേസറിന്റേ തരം അനുസരിച്ച് ഒരു മരവിപ്പ് ക്രീം പുരട്ടും . ചികിത്സിക്കേണ്ട ഭാഗത്ത് ഒരു കൂളിംഗ് ജെൽ പുരട്ടും . ഒരു സംരക്ഷണ കണ്ണട നൽകുകയും ചികിത്സാ സ്ഥലത്ത് ഒരു കിടക്കയിലോ കസേരയിലോ സുഖകരമായ ഒരു സ്ഥാനം നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു.

ദയവായി കണ്ണുകൾ അടച്ചിരിക്കുക, നിർദ്ദേശങ്ങൾ ഇല്ലാതെ കണ്ണുകൾ തുറക്കുകയോ സംരക്ഷണ കണ്ണട നീക്കം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്. നിങ്ങൾക്ക് വേദനയോ ചൂടോ അനുഭവപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി ചികിത്സിക്കുന്ന വ്യക്തിയെ വാക്കാൽ അറിയിക്കുക.

ഐസ് പായ്ക്കുകൾ ചികിത്സ ഭാഗത്തു നിർദ്ദേശിച്ച സമയം വരെ മുഖത്തു വെക്കണം .വേദനയോ ചുവപ്പോ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെട്ടാൽ ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക.

4. മേൽ പറഞ്ഞ ചികിത്സ നടപടിക്ക് പകരം ചെയ്യാവുന്ന ചികിത്സ രീതികളും അവയുടെ വിശദാശവും

- CO2 ലേസർ - ഡെർമറോളർ, ഡെർമപെൻ, ഫില്ലറുകൾ, ഫാറ്റ് ഗ്രാഫ്റ്റുകൾ, മൈക്രോനീഡിൽ റേഡിയോ ഫ്രീക്വൻസി മുതലായവ ചെയ്യാം
- രോമം നീക്കം ചെയ്യുന്നതിന് - ഇലക്ട്രോളിസിസ് ഒരു സ്ഥിരമായ എന്നാൽ മടുപ്പിക്കുന്ന ഓപ്ഷനാണ്. മറ്റ് ഓപ്ഷനുകൾ വാക്സിംഗ്, ത്രെഡിംഗ്, ഷേവിംഗ് എന്നിവയാണ്
- കലകൾ , വാസ്തുലർ ട്യൂമറുകൾ , ടാറ്റുകൾ എന്നിവയ്ക്ക് പ്ലാസ്റ്റിക് സർജറി ഒരു ഓപ്ഷനായിരിക്കാം

5. ചികിത്സ കഴിഞ്ഞയുടനെ,

- ഇരുണ്ട പാടുകൾ കൂടുതൽ ഇരുണ്ടതായി കാണപ്പെടും. 1-2 ആഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ വടുക്കൾ ഇരുണ്ടതായി തുടരുകയും അടർന്നുപോകുകയും ചെയ്യും
- ചർമ്മത്തിൽ ചുവപ്പും വീക്കവും അനുഭവപ്പെടുന്നതിനൊപ്പം ചികിത്സിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് നേരിയതോ മിതമായതോ ആയ നീറ്റൽ അനുഭവപ്പെടുന്നതും സാധാരണമാണ്. ഇത് സാധാരണയായി ഏതാനും മണിക്കൂറുകൾക്കുള്ളിൽ പരിഹരിക്കപ്പെടും, പക്ഷേ 3 ദിവസം വരെ നീണ്ടുനിൽക്കാനും സാധ്യത ഉണ്ട്.
- ഈ ലക്ഷണങ്ങൾ കുറയ്ക്കുന്നതിന് ആവശ്യാനുസരണം ചികിത്സിച്ച ഭാഗങ്ങളിൽ ഓരോ 1-2 മണിക്കൂറിലും 15 മിനിറ്റ് നേരത്തേക്ക് ഒരു പൊതിഞ്ഞ കൂൾ കമ്പ്രസ് അല്ലെങ്കിൽ പൊതിഞ്ഞ ഐസ് പായ്ക്ക് വയ്ക്കുക . ചർമ്മത്തിലെ ഈ ലക്ഷണങ്ങൾ കുറയ്ക്കുന്നതിന് 3 ദിവസം വരെ ചർമ്മത്തിൽ ദിവസത്തിൽ രണ്ടുതവണ 1% ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ ക്രീം പുരട്ടാം.

- ദിവസേന രണ്ടുതവണ നേരിയ സോപ്പ് ഉപയോഗിച്ച് സൗമ്യമായി കഴുകുക, ചർമ്മം ശക്തമായി തടവരുത്, ചൂടുവെള്ളം ഒഴിവാക്കുക, കാരണം ചർമ്മം കുറച്ചു ദിവസത്തേക്ക് ദുർബലമായിരിക്കും.
- ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷം 24 മണിക്കൂർ നേരത്തേക്കോ അല്ലെങ്കിൽ വീക്കം മാറുന്നത് വരെയോ ചർമ്മം ചുവന്നു തുടക്കാൻ കാരണമാകുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുക
- ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷം 1 ആഴ്ചത്തേക്ക് ചർമ്മത്തിൽ ചൊരിച്ചിൽ ഉണ്ടാകാൻ കാരണമാകുന്ന ചർമ്മത്തിൽ പുരട്ടുന്ന ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുക.
- കുമിളകൾ, പുറംതൊലി ഉണ്ടാകുക അല്ലെങ്കിൽ പൊറ്റുകൾ ഉണ്ടായാൽ, ഉടൻ തന്നെ ഞങ്ങളുടെ ഓഫീസിൽ വിളിക്കുക. ചർമ്മം സുഖപ്പെടുന്നതുവരെ ദിവസത്തിൽ രണ്ടുതവണ ആൻറിബയോട്ടിക് ഓയിന്റ്മെന്റ് (ബാസിട്രാസിൻ പോലുള്ളവ) നേർത്ത പാളിയായി പുരട്ടുക. ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷം ഉണ്ടാകുന്ന പൊറ്റുകൾ പഠിച്ചെടുക്കുകയോ നീക്കം ചെയ്യാൻ ശ്രമിക്കുകയോ ചെയ്യരുത്, കാരണം ഇത് അണുബാധയോ വടക്കളോ ഉണ്ടാക്കാം.

6. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കുള്ള ചെലവിന്റെ കണക്ക് & രോഗിയുടെ പേയ്മെന്റ് സമ്മതപത്രം

7. ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള ഫോളോ-അപ്പ്

ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷം ____ ദിവസങ്ങൾക്ക് ശേഷം ഫോളോ-അപ്പ് നടത്തേണ്ടതാണ്.

രോഗി അറിയിക്കുന്ന അധികാരപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക് സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളും മറ്റ് രേഖകളും കൈമാറും.

(ബന്ധുവിന്റെ പേര് രേഖപ്പെടുത്തുക: _____)

ഡിസ്ചാർജ് കാർഡ്.

8. ലേസറിന്റെ സാധ്യതയുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ, പാർശ്വഫലങ്ങൾ, സങ്കീർണതകൾ ആണ് ഇവ , എന്നാൽ ഇവയിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുന്നില്ല:

- ചികിത്സയ്ക്കിടെ അസ്വസ്ഥത/വേദന, താൽക്കാലിക ചുവപ്പ്, വീക്കം ഉണ്ടാകാം.
- ചതവ്, കരിനീലിച്ച് കിടക്കുക, പൊള്ളൽ, പൊറ്റ പിടിക്കുക , അണുബാധ എന്നിവയും ഉണ്ടാകാം, എന്നാൽ അപൂർവമാണ്.
- ഇരുണ്ട ചർമ്മമുള്ള രോഗികൾക്ക് നിറം പോവുക , കരുവാളിപ്പ് ഉണ്ടാവുക കുമിളകൾ, പാടുകൾ അല്ലെങ്കിൽ കലകൾ ഉണ്ടാവുക , സ്ഥിരതയില്ലാത്ത ഫലങ്ങൾ തുടങ്ങിയ സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലാണ്.
- വളരെ അപൂർവമായി ലേസർ രശ്മികൾ അപ്രതീക്ഷിതമായി കണ്ണിൽ അടിച്ചാൽ കണ്ണിന് പരിക്കേൽക്കാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ട് . എല്ലാ ലേസർ ചികിത്സകളിലും ലേസർ സുരക്ഷാ മുൻകരുതലുകളും നേത്ര സംരക്ഷണവും എല്ലായ്പ്പോഴും ഉപയോഗിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിലും ഈ സങ്കീർണത ഉണ്ടാവാൻ സാധ്യത ഉണ്ട്
- ചികിത്സ ചെയ്യുന്ന ഭാഗത്തുള്ള ടാറ്റുകളും പെർമനന്റ് മേക്കപ്പും മനുപൂർവ്വമല്ലെങ്കിൽ മാഞ്ഞു പോകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. ഹെർപ്പസ് സിംപ്ലക്സ് , അല്ലെങ്കിൽ വാരിസെല്ല (ഷിംഗിൾസ്) പോലുള്ള ആവർത്തിച്ചുള്ള വൈറൽ അണുബാധകൾ ലേസർ ചികിത്സകൾ വഴി വീണ്ടും സജീവമാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്

എന്റെസൗന്ദര്യവർധനക്കായും ചികിത്സക്കായും ആവശ്യങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനും ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനും ഈ സമ്മതപത്രവിവരങ്ങൾ അത്യാവശ്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ ആരോഗ്യത്തിൽ എന്തെങ്കിലും മാറ്റങ്ങൾ സംഭവിച്ചാൽ, എത്രയും വേഗം ഞാൻ അത് ക്ലിനിക്കിൽ/ആശുപത്രിയിൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യും. മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന നിർദ്ദേശങ്ങളും അതിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന അപകടസാധ്യതകളും ഞാൻ വായിച്ച് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ ഉത്തരങ്ങളും സത്യസന്ധമായി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഈ നടപടിക്രമം പൂർത്തിയാക്കുന്നതിലും ചികിത്സയിലും ഞാൻ വരുത്തിയ ഏതെങ്കിലും പിഴവുകൾക്കോ ഒഴിവാക്കലുകൾക്കോ ഡോക്ടറെയോ മറ്റ് സ്റ്റാഫ് അംഗങ്ങളെയോ ഉത്തരവാദികളാക്കിയില്ലെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ഒരു

ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയിലും സൗന്ദര്യവർദ്ധക ചികിത്സാ ചെലവുകൾ ഉൾപ്പെടുത്താൻ സാധ്യതയില്ലെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. കുറച്ച് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉണ്ടെങ്കിൽ പോലും, മുഴുവൻ പണമടയ്ക്കലിനും ഞാൻ ഉത്തരവാദിയായിരിക്കും. സങ്കീർണ്ണതകൾ ഉണ്ടായാലോ അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സയ്ക്ക് എന്തെങ്കിലും അധിക നടപടിക്രമങ്ങൾ ആവശ്യമായി വന്നാൽ അധിക ചെലവുകൾ ഉണ്ടായേക്കാം. ലേസർ ചികിത്സയുടെ സമയത്ത് തെറാപ്പി പുരോഗതി നിരീക്ഷിക്കുന്നതിനായി ഫോട്ടോഗ്രാഫുകൾ എടുക്കാവുന്നതാണ്. ചിത്രങ്ങൾ എന്റെ വ്യക്തിത്വം

വെളിപ്പെടുത്തുന്നില്ലെങ്കിൽ അത്തരം ഫോട്ടോഗ്രാഫുകളുടെ ഉപയോഗത്തിന് ഞാൻ സമ്മതം നൽകുന്നു.

ഞാൻ Dr. _____ നെയും/അവരുടെ സഹായികളെയും താഴെപ്പറയുന്ന ചികിത്സ നടത്താൻ അനുമതി നൽകുന്നു:

രോഗിയുടെ ഒപ്പ്

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

ബന്ധുവിന്റെ/സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്