

scar revision surgery consent form:

निशान संशोधन सर्जरी के लिए सूचित सहमति पत्र

दिनांक:

पिरय _____

उम्र: ___ लिंग: ___

पता: _____

आप डॉ. _____ के पास निम्नलिखित समस्याओं के समाधान हेतु आए हैं।

यह दस्तावेज़ आपको ध्यानपूर्वक पढ़ना है और प्रस्तावित सर्जरी की सामान्य प्रक्रिया, संभावित दुष्परिणाम और जटिलताओं को समझना है। कृपया इस दस्तावेज़ को पढ़ने के बाद किसी भी स्पष्टीकरण हेतु निःसंकोच पूछें। इसे समझने के बाद आपको इस पर हस्ताक्षर करना होगा और एक रिश्तेदार/परिचित को बतौर गवाह नामित करना होगा।

आपको इस रिश्तेदार के साथ अपनी चिकित्सा जानकारी, सर्जरी, स्वास्थ्य स्थिति एवं मेडिकल रिकॉर्ड साझा करने की अनुमति देनी होगी।

□

1. प्रस्तावित प्रक्रिया का विवरण - निशान संशोधन (Scar Revision)

A. पूर्व एनेस्थीसिया जांच ...

[16:11, 7/30/2025] +91 82393 35333: यह रहा आपकी "लेज़र ट्रीटमेंट" सहमति पत्र का हिंदी अनुवाद:

□

दिनांक:

पिरय श्री/श्रीमती: -----

उम्र: ___ लिंग: ___

पता: -----

आप डॉक्टर _____ के पास निम्नलिखित समस्याओं के समाधान हेतु आए हैं।

यह दस्तावेज़ आपको प्रस्तावित शल्य क्रिया (सर्जरी)/उपचार, उसकी प्रक्रिया, संभावित जटिलताओं और उसके परिणामों को समझने हेतु ध्यानपूर्वक पढ़ने के लिए है। कृपया इसे पढ़ने के बाद किसी भी शंका के लिए डॉक्टर से संपर्क करें। दस्तावेज़ को समझने के बाद आपको और आपके किसी परिजन/साक्षी को हस्ताक्षर करना होगा। साथ ही, आप हमें अनुमति देंगे कि हम आपकी चिकित्सा जानकारी, ऑपरेशन की जानकारी व मेडिकल रिकॉर्ड आवश्यकता अनुसार आपके परिजन/साक्षी के साथ साझा कर सकें।

□

1. प्रस्तावित प्रक्रिया का विवरण - लेज़र उपचार

यह सहमति पत्र आपको यह तय करने में मदद करेगा कि आप यह उपचार करवाना चाहते हैं या नहीं।

□

उपचार से पूर्व कुछ निर्देश जिन्हें मैंने पढ़ा और समझा है:

- उपचार से 4 सप्ताह पहले और उपचार के दौरान, टैनिंग बेड, सीधे धूप में रहना, और सनलेस टैनिंग उत्पादों से बचें।
- उपचार के दौरान प्रतिदिन जिंक ऑक्साइड या टाइटेनियम डाइऑक्साइड युक्त SPF 30 सनस्क्रीन लगाएँ।
- फोटोसेंसिटिविटी पैदा करने वाली दवाएँ (जैसे डॉक्सीसाइक्लिन, मिनोसाइक्लिन) उपचार से 72 घंटे पूर्व बंद करें।
- अगर उपचार क्षेत्र में हरपीज़ या शिंगल्स की हिस्ट्री है, तो डॉक्टर द्वारा बताई गई ऐंटीवायरल दवा (वालासाइक्लोविर, एसाइक्लोविर) उपचार से 2 दिन पहले शुरू कर 3 दिन बाद तक लें।
- ग्लायकॉलिक एसिड और रेटिन-ए युक्त उत्पादों का उपयोग उपचार से एक सप्ताह पहले बंद करें।
- उपचार के समय क्षेत्र में कोई घाव, संक्रमण या सक्रिय मुहाँसे नहीं होने चाहिए।

□

पूर्व ऑपरेशन फोटोग्राफी और मार्किंग:

हम डॉक्यूमेंटेशन, शिक्षा और शोध हेतु फोटो लेंगे। गोपनीयता पूरी तरह से रखी जाएगी। ऑपरेशन थिएटर में पुरुष सहायक की उपस्थिति होगी।

मेडिकल रिकॉर्ड से संबंधित एक अलग सहमति पत्र संलग्न किया गया है, जिस पर आपको और आपके परिजन को हस्ताक्षर करना होगा।

□

प्रस्तावित प्रक्रिया का विवरण:

इलाज वाले हिस्से को साबुन और पानी से साफ किया जाएगा। ज़रूरत अनुसार सुन्न करने वाली क्रीम या टंडक देने वाला जैल लगाया जाएगा। सुरक्षात्मक चश्मा पहनाया जाएगा और आपको आरामदायक पोजीशन में बैठाया/लेटाया जाएगा। उपचार के दौरान आँखें बंद रखें और बिना बताए चश्मा न हटाएँ। दर्द या जलन होने पर तुरंत बताएं।

यदि आपको बर्फ के पैक दिए जाएँ, तो उन्हें बताए गए समय तक लगाएँ। दर्द या लाली दिखे तो डॉक्टर को बताएं।

□

प्रक्रिया के अन्य विकल्प:

- CO2 लेज़र के लिए: डर्मारोलर, डर्मापेन, फिलर्स, फैट ग्राफ्टिंग, माइक्रोनीडल रेडियोफ्रीक्वेंसी।
- बाल हटाने के लिए: इलेक्ट्रोलाइसिस (स्थायी लेकिन समय लेने वाला विकल्प), वैक्सिंग, थ्रेडिंग, शेविंग।
- दाग, टैटू या रक्तवाहिनी विकृतियों के लिए: प्लास्टिक सर्जरी।

□

उपचार के बाद के निर्देश:

- उपचार के तुरंत बाद पिगमेंटेड हिस्से काले दिखेंगे और 1-2 सप्ताह में झड़ सकते हैं।
- उपचार क्षेत्र में हल्की लालिमा, सूजन और जलन हो सकती है जो कुछ घंटों से 3 दिनों में कम हो जाती है।
- हर 1-2 घंटे पर 15 मिनट के लिए ठंडी पट्टी या आइस पैक लगाएँ।
- 1% हाइड्रोकोर्टिसोन क्रीम दिन में 2 बार 3 दिनों तक लगाएँ।
- हल्के साबुन से दिन में दो बार धीरे से धोएँ। गर्म पानी और रगड़ने से बचें।
- 24 घंटे तक अधिक गर्मी/पसीने वाले कार्यों से बचें।
- किसी भी जलनकारी क्रीम/लोशन से 1 सप्ताह बचें।
- फफोले, पपड़ी या घाव दिखने पर तुरंत डॉक्टर से संपर्क करें और बेक्ट्रासिन जैसी एंटीबायोटिक मरहम दिन में दो बार लगाएँ।
- पपड़ी को न तोड़ें, नहीं तो संक्रमण या दाग हो सकता है।

□

प्रमाण पत्र और दस्तावेज़ किस व्यक्ति को दिए जाएँ:

_____ (परिजन का नाम भरें)

□

लेज़र उपचार से संबंधित संभावित जोखिम, दुष्प्रभाव और जटिलताएँ:

- उपचार के दौरान हल्का दर्द, लालिमा, सूजन सामान्य है।
- नीला पड़ना, फफोले, जलन, घाव, संक्रमण दुर्लभ पर संभव हैं।
- गहरे रंग की त्वचा वाले व्यक्तियों में दाग, धब्बे, फफोले या असमान परिणामों का खतरा अधिक।
- कुछ मामलों में त्वचा पर पैटर्न दिख सकते हैं — यह आमतौर पर अस्थायी होता है पर स्थायी भी हो सकता है।
- आँखों में लेज़र बीम पड़ने से दुर्लभ चोट का जोखिम।
- हरपीज़ या शिंगल्स जैसे वायरस सक्रिय हो सकते हैं।
- उपचार क्षेत्र में टैटू या स्थायी मेकअप प्रभावित हो सकते हैं।

□

मैं समझता/समझती हूँ कि यह जानकारी मेरे उपचार और स्वास्थ्य मूल्यांकन के लिए आवश्यक है। मेरी चिकित्सा स्थिति में कोई भी परिवर्तन होगा तो मैं अस्पताल/क्लिनिक को तुरंत सूचित करूंगा/गी।

मैं समझता/समझती हूँ कि कॉस्मेटिक उपचार बीमा में कवर नहीं होता और सभी भुगतान मेरी जिम्मेदारी होगी। यदि कोई जटिलता आती है या अतिरिक्त उपचार की आवश्यकता होती है, तो उसका खर्च भी मैं दूंगा/दूंगी।

उपचार की प्रगति हेतु फोटो लिए जा सकते हैं, जो मेरी पहचान उजागर न करें ऐसे होने चाहिए।

□

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने इस सहमति पत्र को पढ़ा और समझा है तथा मेरी सभी शंकाओं का समाधान किया गया है।

मैं, डॉ. _____ और उनके द्वारा नियुक्त सहायक को नीचे दिए गए उपचार की अनुमति देता/देती हूँ:

□

□

हस्ताक्षर:

रोगी - _____

रोगी के परिजन - _____

डॉक्टर - _____

दिनांक और स्थान: _____

□