

સમંતિપત્રક

યુરેટરોસ્કોપી / લીથોટ્રીપ્સી / સ્ટેન્ટીંગ

દર્દીનું નામપિતા/વાલી નું નામ

ઉંમર વર્ષ સરનામું

મો. નં

૧. હું મારું યુરેટરોસ્કોપી / લીથોટ્રીપ્સી / ડી જે સ્ટેન્ટીંગ

ડી. ને, (યુરોલોજીસ્ટ નું નામ) તેઓની એકંદર દેખરેખ તેમજ માર્ગદર્શન હેઠળ કરાવવા વિનંતી કરું છું.

૨. મને મારી ભાષામાં હું સમજી શકું તેવી રીતે પ્રોસીજર (ઓપરેશન) વિષે ડોક્ટરે મને સંપૂર્ણપણે સમજાવ્યું છે. મને મારા રોગ વિશે, મારી સ્થિતિ વિશે, ઓપરેશનના પ્રકાર વિશે, ઓપરેશનથી થતી આડઅસરો વિશે, ઓપરેશનની નિષ્ફળતા વિશે, ઓપરેશન બાદની અસરો વિશે સંપૂર્ણ પણે સમજ આપવામાં આવી છે. મને મારા તમામ પ્રશ્નોના મારી ભાષામાં હું સમજી શકું તે રીતે સંતોષકારક જવાબ આપવામાં આવ્યા છે.

૩. મને યુરેટરોસ્કોપી / લીથોટ્રીપ્સી / સ્ટેન્ટીંગ

કરાવવાથી થતા જોખમોની જાણ કરવામાં આવી છે જેવાકે : (A) સામાન્ય જોખમો જેવાકે : પેશાબમાં બળતરા, પેશાબમાં લોહી આવવું, પેશાબ કરવા વારંવાર જવું, પેશાબની નળીમાં દુખાવો થવો, પેશાબની થેલીમાં કામચલાઉ નળી નંખાવવી પડે, ક્યારેક નવી પ્રક્રિયા દ્વારા સ્ટેન્ટ બદલવો પડે અથવા કઢાવવો પડે,

(B) પ્રસંગોપાત જોખમો જેવાકે: પથરી નીકળી ના શકવી, ક્યારેક પથરી સરકીને કીડનીમાં જતી રહે તો PCNL નામની નવી પ્રોસીજર (પ્રક્રિયા) કરવી પડે, ક્યારેક કીડનીને નુકશાન થવું, કિડનીમાં રસી થવી જેના માટે વધુ સારવાર કરાવવી પડે, રહી ગયેલ પથરી માટે તબક્કાવાર પ્રક્રિયાઓ (ઓપરેશન) કરવા પડે, કિડનીની નળી (યુરેટર) ક્યારેક સંકોચાયેલી, વાંકીચુકી કે વળી ગયેલી હોવાથી દૂરબીનનું સાધન (યુરેટરોસ્કોપ) તેમાં જઈ ના શકવાના લીધે પ્રક્રિયા (પ્રોસીજર કે ઓપરેશન) જ થઈ ના શકે, ક્યારેક પથરી તૂટે જ નહિ.

(C) દુર્લભ અથવા જુજ જોખમો જેવાકે: , કિડનીની નળી (યુરેટર) ને નુકશાન થવું જેને રિપેર કવા ચીરાવાળું ઓપરેશન કરાવવું પડે અથવા કિડનીમાં નળી (PCN) મુકવી પડે, પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) બાદ કિડનીની નળી સંકોચાઈ જવી (Stricture Ureter) જેના માટે નવી પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) ની જરૂર પડે, હોસ્પિટલ માં દાખલ રહેવાથી હોસ્પિટલના જંતુઓના લીધે રસી લાગવી (હોસ્પિટલ હસ્તગત ઇન્ફેક્શન), પેશાબની નળીમાં (Urethra) નુકશાન થવાથી તેની સારવાર કરાવવાની જરૂરત ઉભી થવી. ડી જે સ્ટેન્ટ ક્યારેક ઉપરની બાજુ અથવા નીચેની બાજુ સરકી જવો. ,

હું આ પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) માં રહેવા જોખમો સમજું છું અને તે છતાં હું તે કરાવવા સંમત છું. હું મારી ઇચ્છાથી, સ્વતંત્ર રીતે કોઈપણ જાતના દબાણ વગર આ પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) કરાવવા સંમતી આપું છું.

૪. મને સારવાર માટે ઉપલબ્ધ વૈકલ્પિક સારવારના પ્રકારો જણાવવામાં આવ્યા છે જેવાકે: દવાઓથી પથરી નીકળવાની રાહ જોવી, કિડનીમાં છેદ કરીને દૂરબીનથી પથરી નીકળવાની પ્રક્રિયા (PCNL), ચીરાવાળું ઓપરેશન વગેરે. મને એ પણ જાણ કરવામાં આવી છે કે આ પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) ના કરાવવાથી શું થઈ શકે છે જેમકે દુ:ખાવો થવો, કીડનીને નુકશાન થવું અને /અથવા કિડનીમાં રસી થવી વગેરે.

૫. હું સમજું છું કે ઓપરશન દરમ્યાન ડોક્ટર ને મારા શરીરમાં અન્ય બિનરોગ્યપદ સ્થિતિ જોવા મળે, જેવીકે પેશાબની નળી સાંકડી હોવી, પેશાબની થેલીમાં પથરી જોવા મળે, પેશાબની થેલીમાં શંકાસ્પદ કેન્સરની ગાંઠ જોવા મળે કે બીજી એવી કોઈ બીમારી જોવા મળે તો તેવી સ્થિતિ માં હું ડોક્ટર ને જરૂર જણાય તેવી પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) કરવાની પરવાનગી આપું છું.

૬. ક્યારેક પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) કે નશા (એનેસ્થેશિયા) દરમ્યાન જીવલેણ કે ઓછા ગંભીર પ્રકારની આડઅસરો (કોમ્પ્લિકેશન) થતા હોય છે જેની મને જાણ કરવામાં આવી છે. આવી સ્થિતિ જાણવા છતાં હું જોખમ લેવા તૈયાર છું. હું પૂર્ણ રીતે જાણું છું કે પ્રક્રિયાથી (ઓપરેશનથી) થતા લાભ મેળવવા ક્યારેક થોડું જોખમ મારે લેવું જોઈએ.

૭. મને જાણ કરવામાં આવી છે કે મારા શરીર પર પ્રક્રિયા (ઓપરેશન), મને કમરના મણકામાં ઇન્જેક્શન (Spinal/Epidural) અથવા સંપૂર્ણ બેહોશી (General Anaesthesia) પ્રકારનો નશો આપી કરવામાં આવનાર છે. આમ છતાં મારા લાભ ખાતર હું સર્જન અને નશો આપનાર ડોક્ટરને (Anaesthetist) તેમને જરૂર જણાય તે પ્રમાણે અગાઉથી નક્કી કરેલા પ્લાનમાં ફેરફાર કરવા અધિકૃત કરું છું. જેમકે કમરના મણકામાં ઇન્જેક્શન આપવાની પ્રક્રિયા સફળ ના રહે તો તેવી સ્થિતિમાં મને સંપૂર્ણ બેહોશી આપવાની અનુમતિ આપું છું.

૮. મને એ જણાવવામાં આવ્યું છે કે સોનોગ્રાફી તપાસના તારણો ઓપરેશનના નિર્ણયો સાથે હમેશાં મેળ ખાય તેવું ના પણ બને.

૯. મને એ જાણ કરવામાં આવી છે કે ક્યારેક મને લોહી ની બોટલ ચઢાવવાની જરૂર પડી શકે છે. લોહી ચઢાવવાથી આડઅસરો થઈ શકે છે. જેવીકે રીએક્શન આવવું. લોહીની બોટલ આપતા પહેલાં જરૂરી ટેસ્ટ કરવામાં આવતા હોવા છતાં ક્યારેક રીએક્શન (આડઅસર) થઈ શકે છે તેની મને જાણ કરવામાં આવી છે આ જાણવા છતાં હું જોખમ લેવા તૈયાર છું.

૧૦. ડોક્ટર દ્વારા પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) સફળતાથી પૂરું થશે કે પરિણામે સફળતા જ મળશે તેવી કોઈપણ પ્રકારની બાંહેધરી મને આપવામાં આવી નથી. હું પૂર્ણ પણે જાણું છું કે તબીબી વિજ્ઞાનને ગણિત સાથે સરખાવી ના શકાય. ઉપરાંત એ પણ જાણું છું કે ઈશ્વર જ સારું કરી શકે છે ડોક્ટર ફક્ત મને બચાવવા કે મને રોગ મુક્ત કરવા માત્ર યથાશક્તિ સારવાર જ કરી શકે છે.

૧૧. હું ડોક્ટરને પૂર્ણ રીતે સહકાર આપીશ તેમજ મારી સારસંભાળ અને સારવાર માટે તેમની સલાહ અને સૂચનોને અનુસરીશ જે માટે હું સંમત છું.

૧૨. મને એ પણ સમજાવવામાં આવ્યું છે કે બીજી કોઈપણ અન્ય પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) ત્યારે જ કરવામાં આવશે જ્યારે મારી જિંદગીને બચાવવાની જરૂર પડે અથવા મારા આરોગ્યને ગંભીર નુકશાન થતું અટકાવવા ની જરૂર ઉભી થાય.

૧૩. મને એ પણ સમજાવવામાં આવ્યું છે કે ડી જે સ્ટેન્ટ (DJ Stent) ત્રણ માસના ગાળામાં કઢાવવો પડે કે બદલવો પડે, સિવાય કે સારવાર કરનાર ડોક્ટરે અન્યથા સ્પષ્ટ કરેલું હોય. હું સ્ટેન્ટ કઢાવવા અથવા બદલાવવા ડોક્ટરને અવશ્યપણે અને સંપૂર્ણપણે સહકાર આપીશ જે માટે પુરેપુરી કાળજી રાખીશ .

૧૪. હું સમજું છું કે પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) શરૂ કરતા પહેલાં મને નશો (બેહોશી) આપનાર એનેસ્થેટીસ્ટ ડોક્ટર સાથે મને આપવામાં આવનાર નશા(બેહોશી) ના પ્રકારની વિગતો વીશે ચર્ચા કરવાની તક મળશે, સિવાય કે તાકીદની સ્થિતિ ઉભી થઈ જાય અને જ્યારે આ શક્ય ના પણ બને.

૧૫. હું સમજું છું કે મને આ ફોર્મમાં સહી કર્યા પછી પણ કોઈપણ સમયે, ખાસ કરીને ડોક્ટર સાથે ચર્ચા કર્યા બાદ મારો વિચાર બદલવાનો હક છે.

૧૬. મને મારા રોગ વીશે, ઓપરેશન પ્રક્રિયા **યુરેટરોસ્કોપી / લીથોટ્રીપ્સી / સ્ટેન્ટીંગ** વીશે તેમજ નશો (બેહોશી) આપવા વિશે વિસ્તારથી અને હું સમજી શકું તેવી ભાષામાં સંતોષકારક રીતે મને સમજાવવામાં આવ્યું છે. (આ લખાણ દર્દીના સ્વહસ્તે સંમતીપત્રકમાં અત્રે લખાવવું).....

દર્દીની સહી / અંગુઠાનું નિશાન તારીખ

દર્દીનું નામ મોબાઇલ નંબર

દર્દીનું સરનામું

૧. સાક્ષીની સહી તારીખ

સાક્ષીનું નામ મોબાઇલ નંબર

સાક્ષીનું સરનામું

૨. સાક્ષીની સહી તારીખ

સાક્ષીનું નામ મોબાઇલ નંબર

સાક્ષીનું સરનામું

સમંતિની પુષ્ટિ (ખરાઈ)

મેં પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) કરનાર ટીમ વતી ખાતરી કરી છે કે દર્દી અને દર્દીના સગાને હવે બીજા કોઈ પ્રશ્નો નથી અને તેઓ ઈચ્છે છે કે દર્દી ઉપર ઉપરોક્ત પ્રક્રિયા (ઓપરેશન) કરવા માટેની કાર્યવાહી કરવામાં આવે.

ડોક્ટરનું નામ..... સહી

હોદ્દો..... તારીખ