

दिनांक :.....

सहमति पत्र (पेशाब की ग्रंथी निकालना)

(Radical Prostatectomy)

मरीज़ का नामपुत्र.....उम्र.....

पता.....

अन्य बिमारी.....

- मैं यह गद्द के कैंसर का ऑपरेशन डाएवं उनके सहयोगी के पूर्ण देखरेख में करवाने को राजी हूँ।
- मुझे इस बिमारी एवं इसकी शल्यक्रिया के हर बिन्दू (बिमारी की गंभीरता, शल्य क्रिया की जरूरत, इस पर आने वाले व्यय, इस क्रिया से होने वाले फायदे –नुकसान, इस ने निहीत खतरे व विकार, इससे पड़ने वाल प्रभाव आदि) की विस्तृत जानकारी अपनी भाषा में समझा दी गई है।
- मुझे इस ऑपरेशन से संबंधित खतरे, ऑपरेशन उपरांत होने वाले प्रभाव एवं विकार के बारे में समझा दिया गया है।
- आपरेशन के उपरांत होने वाले प्रभाव
 - वीर्य को लिंग से न निकल पाना (Retrograde ejaculation/Anejaculation) 50&70%
 - नपुसंकता (Impotence) 4%
- विकार –जल्दी होने वाली
 1. अत्यधिक खून बहने से खून चड़ाने की जरूरत होना (2-4%)
 2. आस-पास के अंगों में चोट लगना आंत (1&3%)
 3. पेशाब के रास्ते में संक्रमण (1&3-7%) पेशाब का रास्ता (0.05–1.6%)
 4. पैरो की नसों में खून जमना (2–3.17%)
 5. घाव न भरना (1–3.7%)
 6. पेशाब का किसी और रास्ते से आना (Fistula)

देर से होन वाली

1. लिंग का काम न करना (10&50%)

2. हरनिया की बीमारी होना (10&20%)
 3. मूत्र नली में सकड़ापन (<5%)
 4. पेशाब का खांसी एवं दबाव करने पर निकलना (<10%)
 5. पेशाब पर बिलकुल भी कंट्रोल न होना (1&5%)
 6. कैंसर का ग्रंथी की जगह या कहीं और दोबारा होना
- मुझे अन्य असाधारण विकार के बारे में भी समझा दिया गया है।
 - मुझे अन्य विकल्प उपचार जैसे Extended Beam radiotherapy, Active Surveillance, watchful waiting, brachytherapy, के बारे में बता दिया गया है। उपचार न कराने की स्थिति में होने वाली परेशानियां (गुर्दा खराब, कैंसर शरीर में फैल जाना, पेशाब रूकना, पेशाब में खून आना आदि) के बारे में समझा दिया गया है।
 - ऑपरेशन के दौरान कुछ अन्य विकारों का पाया जाना भी संभावित है जिसके लिए उचित उपचार की सहमति मैं सर्जन को देता हूँ।
 - ऑपरेशन व एनसथीसिया के दौरान कुछ ऐसे खतरे भी हो सकते हैं जो जानलेवा हों।
 - मुझे समझा दिया गया है कि ऑपरेशन संवेदनहीन करके या बेहोश करके किया जाएगा परन्तु कभी भी उपचार में बदलाव जा सकता है। मैं डॉक्टर व बेहोशी के डॉक्टर को इसकी सहमति देता हूँ।
 - मुझे समझा दिया गया है कि ऐसा हो सकता है कि सोनोग्राफी, एक्स रे व खून की जांच आपस में संबंधित न हों।
 - ऑपरेशन में रक्त देने कभी ज़रूरत पड़ सकती है एवं इससे होने वाले खतरों के बारे में दिया गया है।
 - उपचार व ऑपरेशन की पूर्णतया: सफल होने की गारंटी नहीं दी जा सकती पर जितना हो सका अच्छे से अच्छा करने की कोशिश होने के बारे में सुनिश्चित किया गया है।
 - मुझे ऑपरेशन के बाद कसरत की ज़रूरत के बारे में समझा दिया गया है अगर पेशाब पर कंट्रोल कम हो।
 - मुझे समझा दिया गया है कि मुझे ऑपरेशन के बाद हर कुछ महीनों में रक्त की जांच और डॉक्टर को पूरी जिन्दगी दिखाना होगा।
 - मैं डॉक्टरों के सुझावों अनुसार पूर्ण रूप से उनके उपचार में सहायक होऊँगा। मुझे ऑपरेशन उपरांत किसी भी प्रकार का अत्याधिक श्रम व भारी सामान उठाने को मना किया गया है, एवं वापस आकर दिखाने को कहा गया है।
 - जीवन रक्षा के लिए जो भी उपचार ज़रूरी है उसे करने की सहमति देता हूँ।
 - मुझे अपनी भाषा में बिना किसी ज़ोर जबरदस्ती मेरी बीमारी और उसके उपचार की विस्तृत जानकारी दे दी गई है।

- मुझे समझाया गया है कि प्रोस्टेट की ग्रंथी को जांच के लिए भेजा जाएगा। अगर उसके किनारों में कैंसर की बीमारी आई तो कैंसर को आगे फैलाने से रोकने के लिए आगे उपचार करना होगा।
- हम दवा, बेहोशी और ऑपरेशन के सभी लाभ हानि जानते और समझते हुए ऑपरेशन की सहमति और अनुमति देते हैं।

मरीज

गवाह

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

नाम

नाम

उम्र

उम्र

पता

पता

दिनांक

फोन

मोबाइल नं.

दिनांक

सहमति का स्थाईकरण (By Doctor)

मैं अपने सभी सहयोगियों की तरफ से यह पुष्टि करता हूँ कि मरीज के सभी सवालों का समाधान कर दिया गया है और मरीज के ऑपरेशन की सहमति एवं अनुमति देते हैं।

डॉक्टर

हस्ताक्षर

नाम

पता

फोन

दिनांक