

Name:	
DOB :	<input type="text"/>
Age :	Sex :
MR.	
No :	
IP No :	

ప్రాస్టిట్ యొక్క ట్రాన్స్ సూర్త్రల్ రిసెక్షన్ సమ్మతి పత్రం

- ప్రాస్టిట్ (TURP) యొక్క ట్రాన్స్ యురెథ్రల్ రిసెక్షన్, ఆపరేషన్ జరగాలని నేను అభ్యర్థిస్తున్నాను
 డా యొక్క మొత్తం పర్యవేక్షణలో ప్రదర్శించబడింది. (యూరాలజిస్ట్ పేరు) & అతని
 బృందం.
- అతను /ఆమె చేసే విధానం గురించి నాకు వివరించబడింది మరియు నా పరిస్థితి, వ్యాధి ప్రక్రియ, స్వభావం మరియు
 ప్రయోజనం గురించి నా ప్రశ్నలకు సమాధానమిచ్చారు
 విధానం, వ్యయం, విజయం సాధించే అవకాశం, ప్రయోజనాలు, నా శరీరంపై దాని ప్రభావం, దానిలో ఉన్న ప్రమాదాలు, సాధ్యమయ్యే సమస్యలు,
 పర్యవసానాలు మొదలైనవి నా భాషలో నా సంతృప్తికి వివరంగా.
- TURP తర్వాత లక్షణాలు మెరుగుపడే అవకాశాలు 70% నుండి 96% వరకు ఉన్నాయని నాకు వివరించబడింది. ఈ ప్రక్రియలో మొత్తం ప్రాస్టిట్
 గ్రంథిని తొలగించకూడదని నేను వివరించాను.
- ప్రాస్టిట్ యొక్క ట్రాన్స్ యురెథ్రల్ రిసెక్షన్ (TURP) లో ఉన్న ప్రమాదాలు మరియు/ లేదా సంక్లిష్టతలు మరియు పర్యవసానాల గురించి నాకు
 వివరించబడింది, అనగా
 (A) పర్యవసానాలు: రెట్రోగ్రేడ్ స్ట్రలనం, వంధ్యత్వం
 (B) సమస్యలు: యూరినరీ ట్రాక్ట్ ఇన్ఫెక్షన్, ఫియిల్యూర్ ఫూయిడ్ (6%) మరియు మేనేజ్ మెంట్ అవసరం, రక్తస్రావం అవసరం రక్తస్రావం (1%), క్లాట్
 నిలుపుదల అవసరం క్లాక్ తరలింపు, స్ప్రిక్ యురేత్రా (<5%), మూత్రాశయం మెడ కాంట్రాక్టర్ (4%), ఆపుకొనలేని <0.5%), మరణాలు (0.2%),
 అంగస్తంభన (4%). 10 సంవత్సరాల వ్యవధిలో సుమారు 8%లో పునర్విభజన.
 (C) ఇతర అరుదైన సమస్యలకు అవకాశం ఉందని నాకు వివరించబడింది.
- నేను చికిత్స యొక్క ప్రత్యామ్నాయ పద్ధతుల గురించి కూడా వివరించాను, అంటే మెడికల్ మేనేజ్ మెంట్, కాథెటర్/స్టెంట్, TUIP, ఓపెన్ ప్రాస్టిక్టమీ,
 లేజర్ ప్రాస్టిక్టమీ వంటి శస్త్రచికిత్స చికిత్స ఇతర పద్ధతుల గురించి నేను వివరించాను. పైన పేర్కొన్న ఆపరేషన్, మూత్రం నిలుపుకోవడం, ఇన్ఫెక్షన్,
 సెప్టిసిమియా, నొప్పి మరియు దీర్ఘకాల అడ్డంకి కారణంగా మూత్రపిండాలు నష్టం మొదలైనవి.
- ప్రక్రియ సమయంలో, డాక్టర్ నాలో ఇతర సంబంధిత పాథాలజీని కనుగొనగలరని నేను అర్థం చేసుకున్నాను, అదే సమయంలో దిద్దుబాటు
 అవసరమవుతుంది, కలిగిన మూత్రాశయం (మూత్ర మార్గము సంకుచితం), మూత్రాశయం రాయి లేదా అనుమానాస్పద మూత్రాశయ క్యాన్సర్
 మొదలైనవి నా స్వంత ప్రయోజనం కోసం అలాంటి ఇతర ప్రక్రియ అవసరం.
- శస్త్రచికిత్స మరియు/లేదా అనస్థీషియాకు సంబంధించిన సమస్యల గురించి నాకు వివరించబడింది, ఇది చాలా తక్కువ సందర్భాలలో ప్రాణాంతకం
 కావచ్చు.
- ఈ ప్రక్రియ వెన్నెముక/ఎపిడ్యూరల్/జనరల్ అనస్థీషియా కింద నిర్వహించబడుతుందని నాకు వివరించబడింది. అయితే, కొన్ని సార్లు ప్రణాళికలో
 మార్పు అవసరం కావచ్చు మరియు నా ప్రయోజనానికి అలా చేయడానికి నేను సర్జన్ మరియు మత్తుమందు నిపుణుడిని అనుమతిస్తున్నాను.
- సోనోగ్రఫీ/ఇతర ఇమేజింగ్ మరియు ప్రయోగశాల పరీక్షలు ఎల్లప్పుడూ క్లినికల్ తీర్పుతో పరస్పర సంబంధం కలిగి ఉండకపోవచ్చని నాకు
 వివరించబడింది.
- రక్తం ఎక్కించడం అవసరమని నేను వివరించాను మరియు అర్థం చేసుకున్నాను. నేను దాని కోసం సమ్మతిని ఇస్తున్నాను. రక్త మార్పిడికి
 సంబంధించిన సమస్యలు ఉండవచ్చునని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రతి రోగికి భిన్నమైన శరీరధర్మ శాస్త్రం మరియు శరీర ప్రతిస్పందన ఉన్నందున ప్రక్రియ ఫలితం గురించి ఎలాంటి హామీ ఇవ్వబడదు. కానీ నాకు

మానవీయంగా సాధ్యమయ్యే మెడికేట్ గురించి హామీ ఇవ్వబడింది.

12. నా డాక్టర్ మరియు అతని బృందంతో సహకరించడానికి మరియు నా సంరక్షణ మరియు చికిత్స గురించి అతని/ఆమె సూచనలు మరియు సిఫార్సులను పాటించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. క్రమం తప్పకుండా తదుపరి పరీక్ష కోసం నాకు సలహా ఇవ్వబడింది, అధిక బరువును ఎత్తవద్దు, 4-5 వారాల పాటు లైంగిక సంబంధాలను నివారించండి.
13. నా జీవితాన్ని కాపాడటం లేదా నా ఆరోగ్యానికి తీవ్రమైన హానిని నివారించడం అవసరమైతే మాత్రమే ఏదైనా ఇతర ప్రక్రియ నిర్వహించబడుతుందని కూడా నాకు వివరించబడింది.
14. నేను పైన చెప్పిన వాటిని అర్థం చేసుకున్నాను మరియు ఎలాంటి ఒత్తిడి లేకుండా మంచి మానసిక స్థితిలో నేను ఇష్టపూర్వకంగా నా సమ్మతిని ఇస్తున్నాను.
15. బయాప్సీ కోసం నా ప్రాస్టేట్ కణజాలాలను పంపమని నాకు వివరించబడింది మరియు సలహా ఇవ్వబడింది. ఇది ప్రాణాంతక స్వభావం కలిగి ఉంటే, క్యాన్సర్ మరియు వ్యాప్తి చెందకుండా ఉండటానికి నేను మరింత చికిత్స చేయాల్సి ఉంటుంది. ప్రాస్టాటిక్ క్యాన్సర్ వచ్చే అవకాశం గురించి కూడా నాకు తరువాత వివరించబడింది, కాబట్టి క్రమం తప్పకుండా ఫాలో అప్ కనీసం సంవత్సరానికి ఒకసారి చేయాలి.
16. నాకు వ్యాధి, ఆపరేటివ్ విధానం ప్రాస్టేట్ ట్రాన్స్ యురెథ్రల్ రీసెక్షన్ (TURP) మరియు అనస్థీసియా గురించి నా భాషలో నా సంతృప్తి కోసం వివరంగా వివరించబడింది. (రోగి తన చేతిరాతలో వ్రాయడానికి)

రోగి

సంతకంతేదీ

పేరు : వయస్సు:

చిరునామా : మొబైల్ నం.

సాక్షి

సంతకం : తేదీ

పేరు : చిరునామా మొబైల్ నం

ధృవీకరణ యొక్క నిర్ధారణ

చికిత్సా బృందం తరపున, రోగికి అతడికి/ఆమెకు ఎటువంటి ప్రశ్నలు లేవని మేము నిర్ధారించాము మరియు ప్రక్రియ ముందుకు సాగాలని కోరుకుంటున్నాము.

యూరాలజిస్ట్

సంతకంతేదీ

పేరు : , చిరునామా: