

ದಿನಾಂಕ:

ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಅಥವಾ ಶುಕ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಟ್ರಾನ್ಸ್ ಯುರೇತ್ರಲ್ ರಿಸೆಕ್ಷನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪತ್ರ

ಶುಕ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಮೂತ್ರ ಮಾರ್ಗನ ತೆಗೆಯುವಿಕೆ

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು: _____ ವಯಸ್ಸು/ಲಿಂಗ -----

ವಿಳಾಸ -----

ಪ್ರಮುಖ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಹ-ರೋಗಗಳು -----

1. ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಟ್ರಾನ್ಸ್‌ಯುರೇಥ್ರಲ್ ರಿಸೆಕ್ಷನ್‌ನ್ನು (TUR-P) ಡಾ. ಮುತ್ರಾಂಗ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವೈದ್ಯರ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಂದಲು ನಾನು ವಿನಂತಿಸುತ್ತೇನೆ.
2. ಅವರು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಬಗ್ಗೆ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ಥಿತಿ, ರೋಗ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ, ಸ್ವಭಾವ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಉದ್ದೇಶ, ಖರ್ಚು, ಯಶಸ್ಸಿನ ಸಾಧ್ಯತೆ, ಲಾಭಗಳು, ನನ್ನ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮ, ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಅಪಾಯಗಳ ಕುರಿತು ನನ್ನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದು, ಸಂಭವನೀಯ ತೊಡಕುಗಳು, ಪರಿಣಾಮಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ ಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನನ್ನ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ತಿಳಿಸಿರುತ್ತಾರೆ.
3. TURP ನಂತರ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ಸುಧಾರಣೆಯ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು 70% ರಿಂದ 96% ಎಂದು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯನ್ನು ತೆಗೆಯಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.
4. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟಿನ ಟ್ರಾನ್ಸ್‌ಯುರೇಥ್ರಲ್ ಶಸ್ತ್ರ ಕ್ರಿಯೆಯ (TUR-P) ಪರಿಣಾಮಗಳು ಮತ್ತು ತೊಡಕುಗಳ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.
ಪರಿಣಾಮಗಳು: (ಅ) ಸ್ಕಲನ ದೋಷ , (ಆ) ಬಂಜೆತನ
ತೊಡಕುಗಳು: (ಅ) ಮೂತ್ರದ ಸೋಂಕು, (ಆ) ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನಾ ವಿಫಲತೆಗಳಿಗಾಗಿ (6%) ಹೆಚ್ಚಿನ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಅಗತ್ಯ, (ಇ) ಮೂತ್ರ ಅನಿಗ್ರಹ್ಯತೆ (<0.5%), (ಈ) ಮರಣ (0.2%),
(ಉ) ನಿಮಿರುವಿಕೆಯ ದುರ್ಬಲತೆ (4%), (ಊ) ಇತರ ಅಪರೂಪದ ತೊಡಕುಗಳ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ ಎಂದು ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.
5. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರ್ಯಾಯ ವಿಧಾನಗಳಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಕ್ಯಾತಿಟರ್/ಸ್ಟೆಂಟ್, ಟಿಯುಬಿಪಿ, ಓಪನ್ ಪ್ರೊಸ್ಟಾಟೆಕ್ಟಮಿ, ಲೇಸರ್ ಪ್ರೊಸ್ಟಾಟೆಕ್ಟಮಿ ಮುಂತಾದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ಸ್ತಂಭನ, ಸೋಂಕು ಯಾ ಸೆಪ್ಟಿಸೆಮಿಯಾ, ನೋವು ಮತ್ತು ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಅಡಚಣೆಯಿಂದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಿಗೆ ಹಾನಿ ಇತ್ಯಾದಿ ಸಂಭವಿಸಬಹುದೆಂದು ತಿಳಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ.
6. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ವೈದ್ಯರು ನನ್ನಲ್ಲಿ ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ, ಅದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ, ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ - ಮೂತ್ರದ್ವಾರ ಯಾ ಪ್ರಸೇಕ ಕಿರಿದಾಗಿರುವುದು (ಸ್ಟ್ರಿಕ್ಚರ್), ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲು (ಆಶ್ರರಿ) ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕಾನ್ಸರ್ (ಅರ್ಬುಡ) ಕಂಡು ಹಿಡಿಲ್ಪಟ್ಟಾಗ, ಇವುಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅದನ್ನು ನಡೆಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುತ್ತೇನೆ.

7. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅರಿವಳಿಕೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೊಡಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ, ಇದು ಕೆಲವೇ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗಬಹುದು.
8. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾನಿಕ (ಸ್ಟೇನಲ್ / ಎಪಿಡೂರಲ್) ಪೂರ್ಣ ಅರಿವಳಿಕೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಬೇಕಾಗಬಹುದು, ಮತ್ತು ನನ್ನ ಒಳಿತಿಗಾಗಿ ನಾನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕ ಮತ್ತು ಅರಿವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
9. ಸೋನೋಗ್ರಫಿ/ಇತರ ಚಿತ್ರಣ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಪ್ರತಿ ಬಾರಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯದೊಂದಿಗೆ ಸರಿ ತೂಗದಿರಬಹುದೆಂದೂ, ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಕ ತನ್ನ ವಿಶ್ಲೇಷಣಾ ವಿಧಾನದಿಂದ ಮುಂದುವರಿಯುವ ಎಂದು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.
10. ರಕ್ತ ಕೊಡುವಿಕೆ (ಟ್ರಾನ್ಸ್ಯೂಷನ್)ಸಾಂದರ್ಭಿಕವಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಾಗಬಹುದು ಎಂದು ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಲಾಗಿದೆ. ನಾನು ಅದಕ್ಕೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ರಕ್ತ ಕೊಡುವಿಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೊಡಕುಗಳು ಸಂಭವಿಸಬಹುದೆಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
11. ಪ್ರತಿ ರೋಗಿಯು ವಿಭಿನ್ನ ಶರೀರ ಮತ್ತು ದೇಹ ಪ್ರಕೃತಿ ಹೊಂದಿರುವುದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಫಲಿತಾಂಶದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಖಾತರಿ ನೀಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ನನಗೆ ಮಾನವೀಯವಾಗಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾದ ಔಷಧೋಪಚಾರದ ಭರವಸೆ ಇದೆ.
12. ನನ್ನ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಅವರ ತಂಡದೊಂದಿಗೆ ಸಹಕರಿಸಲು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಕಾಳಜಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅವರ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಶಿಫಾರಸುಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. ನಿಯಮಿತ ಅನುಸರಣಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ನನಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ, ವಿಪರೀತ ತೂಕವನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವಿಕೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು ಮತ್ತು, 4-5 ವಾರಗಳವರೆಗೆ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಹೊಂದದೇ ಇರುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ತಿಳಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ.
13. ನನ್ನ ಜೀವವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಅಥವಾ ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಗಂಭೀರ ಹಾನಿಯಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು ಎಂದು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.
14. ನಾನು ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಬಲವಂತವಿಲ್ಲದೆ ಉತ್ತಮ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯೊಂದಿಗೆ ನನ್ನ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.
15. ಬಯಾಪ್ಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಗಾಗಿ ನನ್ನ ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಅಂಗಾಂಶಗಳನ್ನು ಕಳುಹಿಸುವುದಾಗಿ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಅಗತ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಯಾದಲ್ಲಿ ನಾನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಸ್ಟಾಟಿಕ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಅದು ಉಲ್ಕಾಣಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯ ಬಗ್ಗೆಯೂ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಅನುಸರಣಾ ತಪಾಸನ್ನು ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ವರ್ಷಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.
16. ನನಗೆ ನನ್ನ ರೋಗ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟಿನ ಟ್ರಾನ್ಸ್ಯುರೆಥ್ರಲ್ ರಿಸೆಕ್ಷನ್ (TURP) ಮತ್ತು ಅರಿವಳಿಕೆ ವಿಧಾನದ ವಿವರಗಳನ್ನು ನನ್ನ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. (ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕೈಬರಹದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಲು)

ರೋಗಿಯ

ಸಹಿ :

ದಿನಾಂಕ:

ಹೆಸರು:

ವಯಸ್ಸು:

ವಿಳಾಸ

ಮೊಬೈಲ್:

ಸಾಕ್ಷಿ:

ಸಹಿ :

ದಿನಾಂಕ:

ಹೆಸರು:

ವಯಸ್ಸು:

ವಿಳಾಸ

ಮೊಬೈಲ್:

ಒಪ್ಪಿಗೆಯ ದೃಢೀಕರಣ

ಚಿಕಿತ್ಸಕ ತಂಡದ ಪರವಾಗಿ, ನಾವು ರೋಗಿಯೊಂದಿಗೆ ಆತನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಲ್ಲ ಎಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇವೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಮುಂದುವರಿಯಲು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ.

ಮೂತ್ರಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞ

ಸಹಿ :

ದಿನಾಂಕ:

ಹೆಸರು:

ವಿಳಾಸ :