

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

యురేటెరోసోస్కోపీ (యుఆర్ఎస్)/లిథోట్రిప్సీ/స్టెంటింగ్ సమ్మతి పత్రం

- నేను పూర్తి విధానం గురించి వివరించాను, అతను (ఆమె) ప్రదర్శిస్తాడు మరియు నా పరిస్థితి, వ్యాధి ప్రక్రియ, విధానం, సాధ్యమయ్యే సమస్యలు, పర్యవసానాలు మరియు నా భాషలో నా సంతృప్తికి వైఫల్యం గురించి నా ప్రశ్నలకు సమాధానమిచ్చాడు.
- URS/LITHOTRIPSY/STENTING అనగా (A) సాధారణం; మైక్రో మీద మంట లేదా రక్తస్రావం, తరచుగా మరియు/లేదా బాధాకరమైన మైక్రో, తాత్కాలిక మూత్రాశయ కాథెటర్, మరొక విధానం అవసరమయ్యే స్టెంటు తొలగించడం లేదా మార్చడం వంటి వాటి గురించి నాకు వివరించబడింది, (B) అప్పుడప్పుడు; రాయిని తిరిగి పొందలేకపోవడం లేదా కిడ్నీలోకి రాయిని తరలించడం మరొక ప్రక్రియ అవసరం, కిడ్నీ దెబ్బతినడం లేదా ఇన్ఫెక్షన్ కి మరింత చికిత్స అవసరం, స్థిరమైన ప్రక్రియ, అవశేష రాయి, యూరిటెరోస్కోపీ పాస్ చేయడంలో వైఫల్యం ఇరుకైనది లేదా కింక్ లేదా టార్టన్, వైఫల్యం స్టాన్ బ్రేకింగ్ మెషిన్ మొదలైనవి (సి) అరుదైనవి; ఓపెన్ సర్జరీ అవసరం లేదా మూత్రపిండంలో పిసిఎస్ ఉంచడం లేదా మరింత ఆపరేటివ్ విధానాలు అవసరమయ్యే పిసిఎస్ లేదా స్ట్రక్చర్ యురేటర్ ఏర్పడటం, హాస్పిటల్ ఆర్జిత ఇన్ఫెక్షన్, యూరేత్రా దెబ్బతినడం వల్ల కలిగిన మూత్రనాళం ఏర్పడటానికి మరింత చికిత్స అవసరం మొదలైనవి

నేను ఇందులో ఉన్న ప్రమాదాలను అర్థం చేసుకున్నాను మరియు ఈ విధానానికి లోనవడానికి సిద్ధంగా ఉన్నాను. ఇది నా స్వంత ఉచిత చట్టం మరియు సంకల్పం ద్వారా నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

- నేను చికిత్స యొక్క ప్రత్యామ్నాయ పద్ధతుల గురించి కూడా వివరించాను అనగా ఆకస్మిక మార్గము, లిథోట్రిప్సీ (ESWL), ఓపెన్ సర్జరీ ప్రాసీజర్, లాప్రోస్కోపిక్ ప్రాసీజర్, వంటి ఇతర శస్త్రచికిత్స చికిత్స పద్ధతులను అనుమతించడం. నొప్పి, ఇన్ఫెక్షన్ మరియు కిడ్నీ దెబ్బతినడం వంటి ప్రక్రియలో పాల్గొనడం లేదు.
- ఈ ప్రక్రియలో, వైద్యుడు నాలో ఇతర అనారోగ్య పరిస్థితులను గుర్తించవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను, అంటే కరెక్షన్ యూరేత్రా (మూత్ర మార్గము సంకుచితం), మూత్రాశయం రాయి లేదా అనుమానాస్పద మూత్రాశయ క్యాన్సర్ మొదలైనవి. విధానం అవసరం.
- శస్త్రచికిత్స లేదా అనస్థీసియాకు సంబంధించిన సమస్యలు, ప్రాణాంతకం లేదా తక్కువ తీవ్రమైన ప్రక్రియ సమయంలో లేదా తర్వాత సంభవించవచ్చు, నేను రిస్క్ తీసుకోవడానికి సిద్ధంగా ఉన్నాను. ప్రయోజనం పొందడానికి నేను కొంచెం రిస్క్ తీసుకోవాల్సి ఉంటుందని నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను శస్త్రచికిత్స ప్రక్రియ యొక్క.
- ఈ ప్రక్రియ వెన్నెముక/ఎపిడ్యూరల్/జనరల్ అనస్థీసియా కింద నిర్వహించబడుతుందని నాకు చెప్పబడింది. అయితే, కొన్నిసార్లు ప్రణాళికలో మార్పు అవసరం కావచ్చు మరియు నా ప్రయోజనం కోసం సర్జన్ మరియు మత్తుమందు నిపుణుడికి నేను అధికారం ఇస్తాను. సాధారణ అనస్థీసియా.
- సోనోగ్రఫీ ఫలితాలు ఎల్లప్పుడూ అవసరం లేదా ఆపరేటివ్ జోక్యం అవసరం లేకుండా నేరుగా సంబంధం కలిగి ఉండవని నాకు వివరించబడింది.
- రక్తం ఎక్కించడం అవసరమవుతుందని నాకు వివరించబడింది. రక్త మార్పిడికి సంబంధించిన సమస్యలు ఉండవచ్చు ఉదా. రక్త మార్పిడి ప్రతిచర్య మొదలైనవి. ప్రతి జాగ్రత్తలు తగిన విధంగా క్రాస్-మ్యాచ్ రక్తం ఇవ్వబడతాయి. అప్పుడప్పుడు సమస్యలు రక్తమార్పిడిని అనుసరించవచ్చు మరియు I నేను రిస్క్ తీసుకోవడానికి సిద్ధంగా ఉన్నాను.
- ప్రక్రియ విజయవంతంగా పూర్తి చేయడం లేదా ఫలితం గురించి నా వైద్యుడు నాకు ఎలాంటి హామీ ఇవ్వలేదు. మెడికల్ సైన్స్ గణిత శాస్త్రం కాదని నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకుని, అంగీకరిస్తున్నాను మరియు దేవుడు నయం చేస్తాడు, డాక్టర్ మాత్రమే చికిత్స చేయగలడు.

10. నా వైద్యుడికి పూర్తిగా సహకరించడానికి మరియు నా సంరక్షణ మరియు చికిత్స గురించి అతని/ఆమె సూచనలు మరియు సిఫార్సులను పాటించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.
11. నా ప్రాణాలు కాపాడటం లేదా నా ఆరోగ్యానికి తీవ్రమైన హానిని నివారించడం అవసరమైతే మాత్రమే మా ఇతర ప్రక్రియను నిర్వహిస్తామని కూడా నేను వివరించాను.
12. స్టెంట్‌ని నిర్దేశిస్తే తప్ప మూడు నెలల వ్యవధిలో స్టెంట్‌ని తొలగించడం లేదా మార్చడం అవసరమని కూడా నాకు వివరించబడింది.
13. నా పరిస్థితి యొక్క అత్యవసర పరిస్థితి దీనిని నిరోధించకపోతే, అనస్థీషియా వివరాలను అనస్థీషియల్‌తో ప్రక్రియకు ముందు చర్చించడానికి నాకు అవకాశం ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
14. నేను ఈ ఫారమ్‌పై సంతకం చేసిన తర్వాత సహా, ఏ సమయంలోనైనా నా మనసు మార్చుకునే హక్కు నాకు ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను కానీ, నా డాక్టర్‌తో చర్చను అనుసరించడం.
15. నేను నా భాషలో వ్యాధి, ఆపరేటివ్ విధానం (URS/LITHOTRPSY/STENTING) మరియు అనస్థీషియా గురించి నా సంతృప్తి కోసం వివరించాను.

రోగి సాక్షి సంతకం

1/-పేరు-

సంతకం- తేదీ

చిరునామా-

2/-పేరు-

సంతకం-

చిరునామా-

ధృవీకరణ యొక్క నిర్ధారణ

చికిత్స బృందం తరపున, రోగికి ఎటువంటి ప్రశ్నలు లేవని నేను నిర్ధారించాను మరియు ఈ ప్రక్రియ ముందుకు సాగాలని కోరుకుంటున్నాను.

పేరు-

సంతకం-

హోదా-

తేదీ