

ಯುರಿಟಿರೋರಿನೋಸ್ಟೋಪಿ (URS)/ ಲಿಥೋಟೈಪಿ/ ಸ್ಟೆಂಟಿಂಗ್ - ಅಂತರ್ದರ್ಶಕೀಯ
ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ

ಮೂತ್ರನಾಶ ಮಾರ್ಗೀನ ಅಶ್ಮರಿ ಕಾಯಿಲೆಯ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಮೂತ್ರನಾಳ = ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಕೋಶದ ನಡುವಣ ಇರುವ ಜೈವಿಕನಾಳ, ಅಶ್ಮರಿ = ಕಲ್ಲು)

೧. ನಾನುತಂದೆಯ ಹೆಸರು ವಯಸ್ಸು ವಿಳಾಸ
.....ದ ನಿವಾಸಿ, ಯುರಿಟಿರೋರಿನೋಸ್ಟೋಪಿ (URS)/ ಲಿಥೋಟೈಪಿ/ ಸ್ಟೆಂಟಿಂಗ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯ ಡಾ/.....ರ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಬಯಸಿದ್ದೇನೆ.

೨. ನನಗೆ ಮೇಲಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಬಗ್ಗೆ, ನನಗಿರುವ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಾಧಕ ಭಾದಕಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಬಲ್ಲ ಭಾಷೆಯಲ್ಲೇ ಸಮರ್ಪಕ ಹಾಗೂ ತೃಪ್ತಿಕರ ಉತ್ತರಗಳು ಹಾಗೂ ವಿವರಣೆಗಳು ದೊರೆತಿವೆ.

೩. ನನಗೆ ಯುರಿಟಿರೋರಿನೋಸ್ಟೋಪಿ (URS)/ ಲಿಥೋಟೈಪಿ/ ಸ್ಟೆಂಟಿಂಗ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ, ಸಂಭವಿಸಬಹುದಾದ ತೊಡಕುಗಳು, ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು, ಇವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸವಿವರ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಅ). ಸಾಮಾನ್ಯ - ೧. ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ೨. ಉರಿ ಮೂರಿ, ೩. ಬಹುಮೂತ್ರ, ೪. ಕ್ಯಾತಿಟರ್ ಕೊಳವೆಯ ಅಗತ್ಯ, ೫. ಕಲ್ಲಿನ ಹೋಗಲಾಡಿಸುವಿಕೆಗೆ ಮತ್ತೊಂದು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯ.

ಆ) ಅಪರೂಪ - ೧. ಮೂತ್ರನಾಳದ ಬಿಗಿತನದಿಂದ ಯುರಿಟಿರೋಸ್ಟೋಪನ್ನು ಬಳಸಲಾಗದಿರುವುದು, ೨. ಕಲ್ಲು ಮೇಲೆ ಜಾರಿ, ಇನ್ನೊಂದು ಬಾರಿ ಲಿಥೋಟೈಪಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯ, ೩. ಕಲ್ಲು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪುಡಿಯಾಗದೇ ಬಾಕಿಯಾಗುವುದು. ೪. ತೀವ್ರ ಸ್ಥರದ ಸೋಂಕು, ೫. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಯಂತ್ರಗಳ ಅಪರೂಪದ ವಿಫಲತೆಯಿಂದಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ನಡೆಸಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ .

ಅತೀ ವಿರಳ: ೧. ಮೂತ್ರನಾಳಕ್ಕೆ ಏಟು, ೨. PCNL ಅಂದರೆ ಕಿಡ್ನಿಯ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕೀಲಿ ರಂದ್ರಮಾರ್ಗೀನ ಕಲ್ಲು ತೆಗೆಯುವ ಅಗತ್ಯ. ೩. ಮೂತ್ರನಾಳ ಸಪುರವಾಗುವಿಕೆ , ೪. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಬರಬಹುದಾದ ಸೋಂಕುಗಳು ೫. ಮೂತ್ರ ದ್ವಾರದ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಸಮಸ್ಯೆಯಾದ ಸ್ಟ್ರಿಕ್ಚರ್ (ಸಪುರವಾಗುವಿಕೆ/ ಕಿರಿದಾಗುವಿಕೆ)

ನಾನು ಮೇಲಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿದಿದ್ದು, ನನ್ನ ಸ್ವ ಇಚ್ಛೆಯಿಂದ ಯಾವುದೇ ಒತ್ತಡವಿಲ್ಲದೇ ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

೪. ನನಗೆ, ಪರ್ಯಾಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಾದ - ೧). ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಗಮನಿಸುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯಬಿದ್ದಾಗ ಕ್ಲಪ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ, ೨. ಬಾಹ್ಯ ಶಾರೀರಿಕ ಅಶ್ಮನಾಶನ (ESWL ಚಿಕಿತ್ಸೆ) ೩. ತೆರೆದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ೪. ಉದರದರ್ಶಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ೫. ಕೀಲಿರಂದ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇತ್ಯಾದಿ.

ನನಗೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹೊಂದದೇ ಇರಲು ಆಗುವ ದುಷ್ಟಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಅಂದರೆ, ನೋವು, ಸೋಂಕು, ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಕ್ಕೆ ಏಟು ಯಾ ಹಾನಿಯಾಗುವುದು.

೫. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸುಪ್ರಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಪತ್ತೆಯಾಗುವ ಸಂಭವಗಳಿದ್ದು, ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರದ್ವಾರದ ಕಿರಿದಾಗಿರುವಿಕೆ, ಮೂತ್ರಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದ ಇರುವಿಕೆ ಮುಖ್ಯವಾದವುಗಳಾಗಿದ್ದು, ಇದರ ನಿರ್ವಹಣೆಗೂ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

೬. ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಅರಿವಳಿಕಾ ಪದ್ಧತಿಗಳಿಂದ ಅಪಾಯ / ತೊಂದರೆ / ತೊಡಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಗಿದ್ದು, ಇವುಗಳ ಅಪಾಯದ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ನಾನು ತಿಳಿದವನಾಗಿದ್ದು, ಸೂಚಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ನನ್ನ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

೭. ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾನಿಕ / ಅಂಶಿಕ/ ಪೂರ್ಣ ಅರಿವಳಿಕಾ ಪದ್ಧತಿಗಳಿಂದ ನಿಭಾಯಿಸಲಾಗುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದು, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಪದ್ಧತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು - ಉದಾಹರಣೆಗಾಗಿ - ಸ್ಥಾನಿಕ ಅರಿವಳಿಕೆ ವಿಫಲವಾದಲ್ಲಿ, ಪೂರ್ಣ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಅಗತ್ಯ.

೮. ಸೋನೋಗ್ರಫಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಅಗತ್ಯ ಅಥವಾ ಅಗತ್ಯ ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಿಂಬಿಸದೇ ಇರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ನನಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

೯. ವೈದ್ಯ ಶಾಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ಅನಿಶ್ಚಿತಗಳಿದ್ದು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಶಸ್ಸು ಅನೇಕ ಅಂಗಗಳ ಮೇಲೆ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ನನಗೆ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಗ್ಯಾರಂಟಿಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗದೇ ಇರುವುದನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥೈಸಿ ಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

೧೦. ನಾನು ನನ್ನ ವೈದ್ಯರು ಹೇಳಿದ ಎಲ್ಲಾ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು / ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಪಾಲಿಸುವೆನೆಂದು ಧೃಡೀಕರಿಸುತ್ತಾ, ಸ್ವೆಂಟ್ ತೆಗೆಯುವ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಕ್ಲಪ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬರುವುದಾಗಿ ಧೃಡೀಕರಿಸುವೆ.

೧೧. ನನ್ನ ಜೀವಕ್ಕೆ ಹಾನಿ ತಪ್ಪಿಸಲು ಅಗತ್ಯ ಬೀಳಬಹುದಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ನಾನು ಒಪ್ಪಿಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುತ್ತೇನೆ .

೧೨. ಡಿ ಜೆ ಸ್ವೆಂಟ್ ಕೊಳವೆಯನ್ನು ಮೂರು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ತೆಗೆಯ ಬೇಕಾಗುವುದು ಅಥವಾ ಹೊಸತನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದೆಂದು ನನಗೆ ತಿಳಿಸಿದ್ದು, ಇದಕ್ಕೆನಾನು ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಿಂದ ನಡೆಯುವುದಾಗಿ ಧೃಡೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

೧೩. ಸಾಧ್ಯವಾದಲ್ಲಿ ಅರಿವಳಿಕಾ ಚಿಕಿತ್ಸಕನೊಂದಿಗೆ, ನನಗೆ ಅಗತ್ಯ ಬೀಳಬಹುದಾದ ಅರಿವಳಿಕಾ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಚರ್ಚಿಸುವ ಅವಕಾಶವನ್ನು ನಾನು ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

೧೪. ನಾನು , ಒಪ್ಪಿಗೆ ಕೊಟ್ಟ ನಂತರವೂ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಿಂದ ನಿರಾಕರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

೧೫. ನನಗೆ, ನನ್ನ ರೋಗ, ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿ, ಅಗತ್ಯ ಬೀಳುವ ಅರಿವಳಿಕಾ ಪದ್ಧತಿ ಮತ್ತು ಇವೆಲ್ಲದರ ಸಾಧಕ / ಭಾದಕಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ (ರೋಗಿಯ ಕೈ ಬರಹದಲ್ಲಿ)

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ :

ದಿನಾಂಕ:

ಸಾಕ್ಷಿ:

ಹೆಸರು:

ಸಹಿ :

ವಿಳಾಸ :

ಸಾಕ್ಷಿ:

ಹೆಸರು:

ಸಹಿ :

ವಿಳಾಸ :

ಒಪ್ಪಿಗೆಯ ದೃಢೀಕರಣ:

ನಾನು, ಈ ರೋಗಿಗೆ ಬೇರಾವುದೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಲ್ಲವೆಂದೂ, ಹಾಗೂ ಹೇಳಿದ / ಸೂಚಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿಯಿದೆಯೆಂದು ಧೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಹೆಸರು:

ರುಜು:

ಹುದ್ದೆ:

ದಿನಾಂಕ :