

TURP (Transurethral Resection of Prostate) દૂરબીનથી પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથીના ઓપરેશન નું અનુમતી પત્રક

તારીખ. _____

દર્દીનું નામ: _____ ઉંમર: _____ જાતિ: પુરુષ / સ્ત્રી

સરનામું: _____

રજી. નં. _____ મોબાઈલ નંબર. _____

પૂર્વ અન્ય મોટી બીમારી કે દવાઓ વિશેની જાણકારી _____

(૧) હું મારી પ્રોસ્ટેટગ્રંથી નું દૂરબીન વડે ઓપરેશન કરવાની ડોક્ટર સાહેબને વિનંતી કરું છું. તેમજ અનુમતી આપું છું. ડૉ. પોતે અથવા તેમની ટીમના કોઈપણ સભ્યને આ ઓપરેશન કરવાની અનુમતી આપું છું.

Urologist Doctor નું નામ. _____

(૨) મને ઉપરોક્ત શસ્ત્રક્રિયા વિશે સંપૂર્ણ માહિતી આપવામાં આવી છે. મને આ ઓપરેશન અંગેના તમામ પ્રશ્નોના જવાબ આપવામાં આવ્યા છે. મારી શારીરિક સ્થિતિ, પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથીના રોગ, તેનો પ્રકાર, અને આ ઓપરેશનની જરૂરત વિશે, ખર્ચ વિશે, સફળતાની શક્યતાઓ વિશે, લાભ વિશે, મારા શરીર ઉપર થતી તેની અસરો વિશે, જોખમ વિશે, આડઅસરો વિશે અને ઓપરેશન બાદ થઈ શકે તે તમામ પરિસ્થિતિઓની મને જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(૩) ઓપરેશન પહેલાના મારા પ્રોસ્ટેટગ્રંથીના રોગના લક્ષણોમાં સુધારાની શક્યતાઓ ૭૦ % થી ૯૬ % છે તેવી જાણકારી મને આપવામાં આવી છે. ઉપરોક્ત શસ્ત્રક્રિયામાં પ્રોસ્ટેટગ્રંથી સંપૂર્ણ પણે નીકાળવામાં આવશે નહિ તેની જાણકારી મને આપવામાં આવી છે.

(૪) ઉપરોક્ત શસ્ત્રક્રિયા (ઓપરેશન) દરમિયાન તેમજ બાદમાં રહેલા જોખમો તેમજ શક્ય તેવી તમામ આડઅસરો અને પરિસ્થિતિઓની મને સંપૂર્ણ જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(A) શારીરિક સંબંધ (Sex) કર્યા બાદ વીર્ય બહાર ન નીકળવું પરંતુ પેશાબ કર્યા બાદ નીકળવું, ઇનફર્ટીલીટી (બાળક પેદા કરવા માટે સક્ષમ ન રહેવું).

(B) UTI પેશાબમાં રસી થવી, ક્યારેક પેશાબ રોકાઈ જવો (૬ %), જે માટે ફરીથી દૂરબીન વડે જરૂરી શસ્ત્રક્રિયા કરવી પડે, લોહી નીકળવું, જેના માટે લોહી ચઢાવવું પડે (૧ %), પેશાબની કોથળીમાં લોહીની ગાંઠો થઈ જવા, જે માટે લોહીની ગાંઠો કાઢવાની પ્રક્રિયા કરવી પડે, પેશાબની નળી સંકોચાઈ જવી (૫ %), પેશાબની કોથળીનું અંદરનું દ્વાર સંકોચાઈ જવું (૪ %), પેશાબનો કાબુ ન રહેવો (< ૦.૫ %), મૃત્યુ થવું, લીંગનું ઉત્થાન ન થવું ૪ %, દસ વર્ષ દરમિયાન જરૂરત પડે તો ફરીથી વધારાની પ્રોસ્ટેટગ્રંથી દૂરબીનથી કાઢવી પડે (૮ %).

(C) ઉપરોક્ત ઓપરેશન બાદ મને ભાગ્યેજ થતી અન્ય આડઅસરો વિશેની જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(૫) મને પ્રોસ્ટેટગ્રંથીના રોગની સારવાર અર્થે અન્ય પ્રકારની ઉપલબ્ધ સારવાર જેવી કે દવાઓના માધ્યમથી થતી સારવાર, નળી / સ્ટ્રેન્ટ મૂકી રાખવાની સારવાર, દૂરબીનથી પેશાબની ગ્રંથીમાં ચીરા (TUIP) મુકવાની સારવાર, ચીરાવાળા ઓપરેશનથી થતી સારવાર, લેસર દ્વારા થતા દૂરબીનના ઓપરેશનની સારવાર વગેરે અન્ય પ્રકારે થતી સારવારની માહિતી આપવામાં આવેલ છે.

(૬) ઉપરોક્ત ઓપરેશન દરમિયાન ક્યારેક જાણવા મળતા અન્ય રોગ જેવા કે સંકડાઈ ગયેલ પેશાબની નળી (Stricture Urethra) ને પહોળી કરવાના ઓપરેશનની (VIU), પેશાબની નળીમાં જોવા મળેલ પથરી નીકાળવાની તેમજ ક્યારેક શંકાસ્પદ / ચોક્કસ દેખાતા પેશાબની થેલીના કેન્સરની ગાંઠ (TURBT) કાઢવાની અનુમતી આપું છું. આ અન્ય વધારાના ઓપરેશનનો ખર્ચ આપવા હું બંધાયેલ છું. ઓપરેશન દરમિયાન કે એનેસ્થેસીયા આપવાથી (નશો આપવાથી) મારી જિંદગી સામે ખતરા સમાન ભાગ્યેજ થતી આડઅસરો વિશે મને જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(૭) મને ઓપરેશન માટે કમરમાં ઇન્જેક્શન / સંપૂર્ણ બેભાન / એપીડ્યુરલ / સ્થાનિક ઇન્જેક્શન દ્વારા નશો આપવામાં આવશે તેની જાણકારી આપવામાં આવી છે. ક્યારેક જરૂરત પ્રમાણે મારા સારા માટે નશો આપવાની પદ્ધતિ બદલવાની જરૂરત જણાય તો તેમ કરવાની પરવાનગી આપું છું.

(૮) સોનોગ્રાફી / ઈમેજીંગ ના રીપોર્ટ / લેબોરેટરી તપાસના રીપોર્ટ, બધાજ કિસ્સામાં શારીરિક તપાસના તારણ ક્યારેક એકબીજા સાથે મેળ ખાતા હોતા નથી તેવી જાણકારી મને આપવામાં આવી છે.

(૯) ક્યારેક ઓપરેશન દરમ્યાન કે બાદ જરૂરત જણાય તો લોહી આપવાની જરૂરત જણાય તો મારા શરીરમાં બ્લડ બેંક માંથી મંગાવી લોહી ચઢાવવાની અનુમતી આપું છું. લોહી ચઢાવવાથી થતી આડઅસરોની મને જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(૧૦) દરેક માનવ શરીરનું શરીર વિજ્ઞાન અલગ હોવાથી તેમજ માનવ શરીર પર ઉપરોક્ત ઓપરેશનની અસર અલગ અલગ હોઈ શકે છે. તેથી પરિણામ પણ અલગ અલગ હોઈ શકે છે. તેવી મને જાણકારી આપવામાં આવી છે. મને ઓપરેશનની સફળતા અને પરિણામ વિશે કોઈ બાંહેધરી આપવામાં આવી નથી.

(૧૧) હું ડોક્ટર તથા તેમની ટીમના સભ્યોને ઓપરેશન બાદ સહકાર આપીશ. મારી સારવાર તેમજ મારી કાળજી બાબતે તેમની સલાહ, માર્ગદર્શન અને સૂચનોને અનુસરીશ. મને નિયમિત બતાવવા માટે આવવાની સલાહ આપવામાં આવી છે. ઓપરેશન બાદ ૪ થી ૫ અઠવાડિયા સુધી વજન ન ઉપાડવું, જોર ન કરવું અને સેક્સ ન કરવું તેવી સલાહ આપવામાં આવી છે.

(૧૨) મારી જિંદગીને કે મારી તબિયતને નુકશાન થાય તેવી પરિસ્થિતિમાં માફ જીવન બચાવવા ડોક્ટરને યોગ્ય લાગે તે પ્રક્રિયા કે શસ્ત્રક્રિયા કરવી પડે તો તે કરવાની અનુમતી આપું છું.

(૧૩) હું ઉપરોક્ત તમામ હકીકતો થી માહિતગાર છું અને આ અનુમતી હું મારી રાજી ખુશીથી, શાંતચિતે, સમજી વિચારીને અને કોઈપણ જાતના દબાણ કે મજબૂરી વગર આપું છું.

(૧૪) મારા હિતમાં ક્યારેક જરૂરત પડે તો એક કરતા વધારે વખત અથવા તો તબક્કા વાર ઉપરોક્ત ઓપરેશન કરવું પડે તો તેમ કરવાની હું અનુમતી આપું છું.

(૧૫) ઓપરેશન બાદ પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથી ની બાયોપ્સી કરાવવાની સલાહ આપવામાં આવી છે. બાયોપ્સી માં જો કેન્સર નુ નિદાન આવે તો કેન્સર આગળ ન વધે તે માટે જરૂરી સારવાર કે ઓપરેશન કરાવવું પડશે તેવી જાણકારી આપવામાં આવી છે. મને તે પણ જાણકારી આપવામાં આવી છે કે સાદીગાંઠ ના રીપોર્ટ હોવા છતાં ભવિષ્યમાં કેન્સર થઈ શકે તેવી શક્યતા હોઈ શકે છે. તે માટે હું નિયમિત બતાવવા માટે વર્ષ માં એક વાર ડોક્ટર ને બતાવવા આવીશ.

(૧૬) ઉપરોક્ત અનુમતી પત્રકમાં જણાવ્યા મુજબ મને મારા રોગ વિશે દૂરબીનથી પ્રોસ્ટેટગ્રંથી ના ઓપરેશન (TURP) તથા નશા વિશે ઉંડાણપૂર્વક હું સમજી શકું તે રીતે મારી ભાષામાં મને સંતોષકારક રીતે સમજાવવામાં આવેલ છે.

દર્દીના પોતાના હસ્તાક્ષરમાં લખાણ લેવું. _____

દર્દીની સહી. _____ તારીખ. _____

દર્દીનું નામ. _____ ઉંમર. _____

સરનામું. _____

મોબાઈલ નંબર. _____

સાક્ષીની સહી. _____ તારીખ. _____

નામ. _____

સરનામું. _____

મોબાઈલ નંબર. _____

અનુમતીની ખરાઈ

સારવાર કરનાર ટીમ / ડોક્ટર વતી હું એ ખાતરી આપું છું કે ઉપરોક્ત દર્દી તથા તેમના સગા સબંધીઓને ઓપરેશન તથા દર્દીના રોગને લગતા હવે કોઈ વધુ પ્રશ્નો નથી અને શસ્ત્રક્રિયાની આગળની પ્રક્રિયા ચાલુ કરવામાં આવે તેમ તેઓ ઈચ્છે છે.

Urologist ની સહી. _____ Date. _____

ટીમ વતી સભ્યની સહી. _____

Name. _____

સરનામું. _____

Regi. No. _____