

Consent for Radical Prostatectomy

કેન્સર ગ્રસ્ત પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથીના સંપૂર્ણ રીતે નીકાળવાના ઓપરેશન નું અનુમતી પત્રક

તારીખ: _____

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

સરનામું: _____

રજી. નં. _____ મોબાઇલ નંબર. _____

પૂર્વ અન્ય મોટી બીમારી કે દવાઓ વિશેની જાણકારી _____

(૧) હું ડૉ. _____ અથવા તેમની ટીમના અન્ય સભ્ય ડૉ. શ્રી ને મારું Open / Laparoscopic દૂરબીન વડે, રોબોટ (Robotic) વડે, મારી કેન્સરગ્રસ્ત પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથીને સંપૂર્ણ પણે કાઢી નાખવાની તેમજ આગળ ફેલાયેલ અન્ય અંગોમાં થયેલ કેન્સર તેમજ લીમ્ફ નોડસ (લસીકા ગ્રંથીઓ) કાઢવાની તેમજ કિડનીની નળીઓને અન્ય માર્ગે બહાર કાઢવા અથવા આંતરડામાં જોડવા કે આંતરડામાંથી બનાવેલ પાઉચમાં જોડી પેટના ભાગે ઈલીયોરોટોમી કે યુરેટરોસ્ટોમી (Ureterostomy) કરવા અનુમતી આપું છું. અથવા પેશાબ કરવાનો કુદરતી માર્ગ ચાલુ રાખવાની અનુમતી આપું છું.

(૨) મને ઉપરોક્ત ઓપરેશનના પ્રકાર વિશે જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(૩) મને ઉપરોક્ત ઓપરેશન દરમ્યાન તેમજ બાદ થઈ શકે તેવા તમામ જોખમો, આડઅસરો, અને આગળની પરિસ્થિતિઓ વિશે જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(A) ઉત્પન્ન થતી પરિસ્થિતિ જેવી કે બાળક પેદા ન કરી શકવા, સેક્સ દરમ્યાન વીર્ય બિલકુલ ન નીકળવું

(B) આડઅસરો:

શરુઆતની આડઅસરો:- લોહી નીકળવું (૨.૪ %) જેના માટે લોહી ચઢાવવું પડે તો તે ચઢાવવાની અનુમતી આપું છું. લોહી ચઢાવવાથી થતી આડઅસરોની મને જાણ કરવામાં આવી છે. આસપાસના અંગોને નુકશાન થવું જેવા કે ગુદા માર્ગ નજીક રહેલ મોટા આંતરડામાં નુકશાન (Rectal Injury < ૧ % થી ૩.૧ %), કિડનીની નળી Ureter ને ઈજા (0.05 to 1.6 %), લોહીની નળીઓ તેમજ જ્ઞાનતંતુની નસોને ઈજા, મળ કે પેશાબ નુ લીકેજ, (Faecal Fistula, Urinary Fistula), લીમ્ફોસીલ (લસીકા સ્ત્રાવનો ભરાવો), પેશાબમાં રસી લાગવી (UTI), (1.3 %), પગની નસોમાં લોહી ગંઠાઈ જવું (DVT / PE 2.3 %), પગની નસોમાં ગંઠાયેલ લોહીનો ગઠો ફેફસાની લોહીની નસોમાં જતો રહેવો (Pulmonary Embolism), ચામડીના ઘા માં રસી થઈ જવી (1.3 %).

પાછળથી થતી આડઅસરો

લીંગ નુ ઉત્થાન ન થવું (નપુંસકતા) (Erectyle dysfunction) (10-15 %), પેશાબનો કાબુ ન રહેવો (૧-૫ %), પેટમાં જોર કરતા પેશાબ પોતાની મેળે નીકળી જવો (૧૦ %), જે માટે મને નિયમિત રીતે Kegel Exercise નામની કસરત કરવાની સલાહ આપવામાં આવી છે. પેશાબની નળી સંકોચાઈ જવી, (Stricture Urethra) (૧૦ %), સારણગાંઠ (Inguinal Hernia – (૧૦-૨૦ %), સંપૂર્ણ પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથી કાઢવા છતા તેજ જગ્યાએ કેન્સર ફરીથી થવું અથવા આગળ શરીરના અન્ય ભાગમાં ફેલાઈ જવું તેવી જાણકારી આપવામાં આવી છે. જે માટે મને જિંદગીભર નિયમિત અંતરે PSA નામનો ટેસ્ટ કરાવવાની સલાહ તેમજ મારા શરીરની નિયમિત તપાસ કરાવવાની સલાહ આપવામાં આવી છે.

(C) ભાગ્યેજ થતી આડઅસરો વિશે મને જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(૪) મને મારી કેન્સરગ્રસ્ત પ્રોસ્ટેટગ્રંથીના રોગની સારવાર અર્થે અન્ય પ્રકારની ઉપલબ્ધ સારવાર જેવી કે External Beam Radiotherapy (રેડીયોએક્ટીવ કિરણોથી સારવાર), સક્રિય દેખરેખ તેમજ રાહ જોવી, Bachytherapy, અંતઃસ્ત્રાવો વડે થતી સારવાર, Perineal Approach, કે અન્ય પદ્ધતિથી થતી સારવારની સંપૂર્ણ માહિતી આપવામાં આવી છે.

(૫) ઉપરોક્ત ઓપરેશન દરમ્યાન ક્યારેક જાણવા મળતા અન્ય રોગ જેવા કે સંકડાઈ ગયેલ પેશાબની નળી (Stricture Urethra) ને પહોળી કરવાના ઓપરેશનની (VIU) કરવાની અનુમતી આપું છું. આ અન્ય વધારાના ઓપરેશનનો ખર્ચ આપવા હું બંધાયેલ છું.

(૬) ઓપરેશન દરમ્યાન 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 ૧૦ થી ૧૨ 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 મારું 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) ઓપરેશન બાદ પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથી ની બાયોપ્સી કરાવવાની સલાહ આપવામાં આવી છે. બાયોપ્સી માં જો કેન્સર આગળ ફેલાયેલું હોય તેવો રીપોર્ટ આવે તો મને કેન્સર આગળ ન વધે તે માટેની આગળની વધુ સારવાર લેવી પડશે તેવી જાણકારી આપવામાં આવી છે.

(૧૫) ઉપરોક્ત અનુમતી પત્રકમાં જણાવ્યા મુજબ મને મારા રોગ વિશે સંપૂર્ણ પ્રોસ્ટેટગ્રંથી નીકળવાના ઓપરેશન (Radical Prostatectomy) 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. _____