

यूरेटेरोस्कोपी(ureteroscopy)

(यूआरएस)/(lithotripsy)लिथोट्रिप्सी/स्टें(stenting)टिंग के लिए सहमति

रोगी का नाम _____ पति / पिता का नाम) _____

_____ (मरीज की आयु) _____ निवासी _____ (मरीज का पता)

1। मे अनुरोध करता हु मेरा यूरेटेरोस्कोपी(ureteroscopy)

(यूआरएस)/(lithotripsy)लिथोट्रिप्सी/स्टें(stenting)टिंग का ऑपरेशन डॉ. (UROLOGIST'S NAME)

_____ के समग्र पर्यवेक्षण और निर्देशन मे किया जाए।

2/- मुझे पूरी तरह से समझाया गया है कि वह किस तरह की प्रक्रिया करेगे । , और मेरी स्थिति, रोग प्रक्रिया, ऑपरेशन की प्रक्रिया, संभावित जटिलताओं, के बारे मे विस्तार से मुजे समजा दिया गया हे और मेरी भाषा में मेरी संतुष्टि के लिए विफलता/मेरे प्रश्नो के बारे में मेरे सवालों का जवाब दिया है।

3/- मुझे URS/LITHOTRIPSY/STENTING में शामिल जोखिमों के बारे में समझाया गया है यानी (ए) सामान्य; पेशाब पर जलन या खून बह रहा है, बार-बार और / या दर्दनाक पेशाब, अस्थायी मूत्राशय कैथेटर, स्टेंट को हटाने या बदलने की जरूरत है एक और प्रक्रिया की जरूरत है, (बी) कभी-कभी; गुर्दे में पत्थर को निकलनेमे असफलता या पत्थर का किडनी(गुर्दे) मे चले जाना, गुर्दे की क्षति या संक्रमण के लिए आगे के उपचार की आवश्यकता होती है, दूसरी बार प्रक्रिया की संभावना, अवशिष्ट पत्थर, मूत्रवाहिनी के रूप में यूरेरोस्कोप को पारित करने में विफलता, पेशाब की नली का मूडा हुआ होना या रुकावट होना , पत्थर तोड़ने वाली मशीन आदि की विफलता, (सी) दुर्लभ; ओपन सर्जरी की आवश्यकता के साथ मूत्रवाहिनी को नुकसान या गुर्दे में(नली) पीसीएन डालने की आवश्यकता या मूत्रवाहिनी के सिकुडना जेसी जटिलताओ के लिए आगे की प्रक्रियाओं की आवश्यकता होती है, अस्पताल में

संक्रमण, मूत्रमार्ग को नुकसान होता है जिससे मूत्रमार्ग का सिकुटना होता है और आगे के उपचार की आवश्यकता होती है आदि।

मैं इसमें शामिल जोखिमों को समझता हूँ और प्रक्रिया से गुजरने को तैयार हूँ। यह मैं अपनी इच्छा से सहमत हूँ।

4/- मुझे उपचार के वैकल्पिक तरीकों के बारे में भी समझाया गया है, यानी(observation) सहज अवलोकन, पत्थर को मार्ग से खुद निकलने का इंतज़ार , लिथोट्रिप्सी (ESWL), सर्जिकल उपचार के अन्य तरीके जैसे ओपन सर्जिकल प्रक्रिया, लैप्रोस्कोपिक प्रक्रिया, आदि। प्रक्रिया से न गुजरने पर दर्द, संक्रमण और गुर्दे की क्षति आदि जैसे संभावित परिणामों/जोखिमों के बारे में भी बताया गया है।

५/- मैं समझता हूँ कि प्रक्रिया के दौरान, डॉक्टर को मुझमें अन्य अस्वस्थ स्थितियों का पता लगा सकता है जिनमें सुधार की आवश्यकता होती है जैसे कि मूत्रमार्ग का संकुचित होना, मूत्राशय की पथरी या, संदिग्ध मूत्राशय का कैसर आदि। मैं डॉक्टर को प्रक्रिया की आवश्यकता के अनुसार इस तरह के अन्य शल्यक्रिया करने के लिए अधिकृत करता हूँ। ।

6/- मुझे समझाया गया है कि सर्जरी या एनेस्थीसिया से संबंधित जटिलताएं जैसे की सामान्य अथवा गंभीर(जीवन के लिए खतरा होना) जैसी आदि जटिलताएं प्रक्रिया के दौरान या बाद में हो सकती है, मैं इसका जोखिम लेने के लिए तैयार हूँ। मैं पूरी तरह से समझता हूँ कि मुझे सर्जिकल प्रक्रिया के। लाभ प्राप्त करने के लिए थोड़ा जोखिम उठाना होगा।

7/- मुझे बताया गया है कि प्रक्रिया स्पाइनल/एपिड्यूरल/सामान्य एनेस्थीसिया के तहत की जाएगी। हालांकि, कभी-कभी योजना में बदलाव की आवश्यकता हो सकती है, और मैं सर्जन और एनेस्थेतिस्ट को खुद के लाभ के लिए ऐसा करने के लिए अधिकृत करता हूँ , जैसे कि स्पाइनल एनेस्थीसिया देने में विफलता होने पर जनरल एनेस्थेसीया (पूर्ण रूप से बेहोश करना) की जरूरत हो सकती है ।

8/-मुझे समझाया गया है कि सोनोग्राफी के निष्कर्ष हमेशा सीधे तौर पर ऑपरेशन की जरूरत या जरूरत न होने से संबंधित नहीं होते हैं।

9/-मुझे समझाया गया है कि कभी-कभी रक्तदेने(खून चढ़ाने) की आवश्यकता हो सकती है। रक्त चढ़ाने के संबंधी जटिलताएं हो सकती हैं जैसे रक्त चढ़ाने की (रिएक्शन) प्रतिक्रिया आदि। हर सावधानी बरती जाने के बाद तथा उपयुक्त रूप से क्रॉस-मिलान रक्त दें तब भी कभी-कभी जटिलता हो सकती हैं और मैं उसका जोखिम उठाने के लिए तैयार हूं।

10/- मेरे चिकित्सक द्वारा प्रक्रिया के सफल समापन या परिणाम के बारे में मुझे कोई गारंटी नहीं दी गई है। मैं पूरी तरह से समझता हूं और सहमत हूं कि चिकित्सा विज्ञान गणितीय विज्ञान नहीं है, और इसमें कोई भी बदलाव संभव है।

11/- मैं अपने चिकित्सक के साथ पूरा सहयोग करने और मेरी देखभाल और उपचार के बारे में उनके निर्देशों और सिफारिशों का पालन करने के लिए सहमत हूं।

12/- मुझे यह भी समझाया गया है कि कोई अन्य प्रक्रिया केवल तभी की जाएगी जब मेरे जीवन को बचाने या मेरे स्वास्थ्य को गंभीर नुकसान से बचाने के लिए यह आवश्यक हो।

13/- मुझे यह भी समझाया गया है कि डीजेस्टेंट(तार) को डॉक्टर द्वारा निर्दिष्ट समय पर अथवा तीन महीने के भीतर हटाना या बदलना होगा, मैं स्टेंट को हटाने/बदलने के संबंध में डॉक्टर की सालहों का पूरा ध्यान रखूंगा और पूरा सहयोग करूंगा।

14/- मैं समझता हूं कि मुझे प्रक्रिया से पहले निश्चितक के साथ संज्ञाहरण के विवरण पर चर्चा करने का अवसर मिलेगा, अगर कि मेरी गंभीर स्थिति इसे रोकती नहीं है।

15/- मैं समझता/समझती हूं कि मुझे किसी भी समय अपना विचार बदलने का अधिकार है, जो मेरे द्वारा इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के बाद भी कारगर रहेगा, लेकिन अपने डॉक्टर के साथ चर्चा के बाद।

16/- मुझे अपनी संतुष्टि के अनुसार रोग, ऑपरेशन प्रक्रिया (URS/LITHOTRPSY/STENTING) और एनेस्थीसिया के बारे में मेरी भाषा में विस्तार से बताया गया है। (रोगी द्वारा अपनी लिखावट में लिखा जाना है)

साक्षी रोगी के हस्ताक्षर

1/-नाम-

2 -नाम-

हस्ताक्षर की तारीख

हस्ताक्षर-

पता-

सहमति की पुष्टि

पता-

उपचार करने वाली टीम की ओर से, मैंने रोगी के साथ पुष्टि की है कि उसके पास कोई और प्रश्न नहीं है और मैं चाहता हूँ कि प्रक्रिया आगे बढ़े।

नाम-

हस्ताक्षर-

पद-

दिनांक