

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

పెర్క్యూటేనియస్ నెప్రోలితోటోమీకి సమ్మతి పత్రం

1. పెర్క్యూటేనియస్ నెప్రోలితోటోమీ (PCNL) ఆపరేషన్ చేయించుకోవాలని నేను అభ్యర్థిస్తున్నాను
 దా యొక్క మొత్తం పర్యవేక్షణలో ప్రదర్శించబడింది. _____ (యూరాలజిస్ట్ పేరు) & అతని బృందం.
 అతను/ఆమె చేసే విధానం గురించి నాకు వివరించబడింది మరియు నా పరిస్థితి, వ్యాధి ప్రక్రియ, స్వభావం మరియు
 ప్రయోజనం గురించి నా ప్రశ్నలకు సమాధానమిచ్చారు. విధానం, వ్యయం, విజయం సాధించే అవకాశం, ప్రయోజనాలు, నా
 శరీరంపై దాని ప్రభావం, దానిలో ఉన్న ప్రమాదాలు, సాధ్యమయ్యే సమస్యలు, పర్యవసానాలు మొదలైనవి నా భాషలో నా సంతృప్తికి
 వివరంగా.
2. పెర్క్యూటేనియస్ నెప్రోలితోటోమీ (PCNL) లో ఉన్న ప్రమాదాలు మరియు/ లేదా సంక్లిష్టతల గురించి నాకు వివరించబడింది, అనగా
 (A) సమస్యలు: రక్తస్రావం (ఇంట్రాఆపరేటివ్/శస్త్రచికిత్స అనంతర) రక్త మార్పిడి అవసరం (1- 10%), రక్తస్రావం _____ నుండి avfistula లేదా
 సూడోఅన్యూరిజం అవసరం యాంజియోఎంబోలైజేషన్ (0.5%), ఇన్ఫెక్షన్ మరియు సెప్సిస్ (2.5%వరకు), విఫలమైన యాక్సెస్ (5%కన్నా తక్కువ),
 మూత్రపిండ పెల్విస్ మరియు/లేదా యూరేటర్ (2%కన్నా తక్కువ) పెర్ఫ్యూరేషన్, న్యూమోథొరాక్స్ లేదా ప్లూరల్ ఎఫ్యూజన్ డ్రైనేజీ అవసరం (4- 12%),
 సుప్రకోస్టల్ విధానం ఉపయోగించినప్పుడు), పరికరాల వైఫల్యం. రాతి శకలం యొక్క వలస మరియు అవశేష శకలాలు/రాళ్ల అవకాశం
 (B) ఇతర అరుదైన సమస్యలకు అవకాశం ఉందని నాకు వివరించబడింది.
 (C) చాలా అరుదుగా ఓపెన్ సర్జికల్ ప్రాసీజర్ అవసరం కావచ్చు, నెఫ్రెక్టోమీ (మూత్రపిండాల తొలగింపు) కూడా చివరి ప్రయత్నంగా ప్రాణాలను కాపాడే
 చర్యగా ఉండవచ్చు.
3. నేను చికిత్స యొక్క ప్రత్యామ్నాయ పద్ధతుల గురించి కూడా వివరించాను, అంటే మెడికల్ మేనేజ్మెంట్, లిథోట్రీప్సీ (ESWL), ఓపెన్ పైలోలితోటోమీ,
 RIRS వంటి శస్త్రచికిత్స చికిత్స ఇతర పద్ధతుల గురించి కూడా నేను వివరించాను. ఆపరేషన్, మూత్రపిండాల నష్టం, తాత్కాలిక లేదా శాశ్వత
 మూత్రపిండ వైఫల్యం, ఇన్ఫెక్షన్, సెప్టిసిమియా, నొప్పి, క్యాన్సర్ ఏర్పడటం, ఇతర మూత్రపిండాలకు నష్టం మరియు ప్రాణ నష్టం మొదలైనవి.
4. ప్రక్రియ సమయంలో, వైద్యుడు నాలో ఇతర సంబంధిత పాథాలజీని కనుగొనగలడని నేను అర్థం చేసుకున్నాను, అదే సమయంలో దిద్దుబాటు అవసరం,
 ఇన్ఫండ్రిబులా సంకుచితం, పెల్వియూరెటెరిక్ అడ్డంకి మొదలైనవి. నా స్వంత ప్రయోజనం కోసం అవసరమైన ఇతర ప్రక్రియలను నిర్వహించడానికి నేను
 డాక్టర్ కు అధికారం ఇస్తున్నాను.
5. శస్త్రచికిత్స మరియు/లేదా అనస్థీషియాకు సంబంధించిన సమస్యల గురించి నాకు వివరించబడింది, ఇది చాలా తక్కువ సందర్భాలలో ప్రాణాంతకం
 కావచ్చు.
6. ఈ ప్రక్రియ వెన్నెముక/ఎపిడ్యూరల్/జనరల్ అనస్థీషియా కింద నిర్వహించబడుతుందని నాకు వివరించబడింది. అయితే, కొన్నిసార్లు ప్రణాళికలో మార్పు
 అవసరం కావచ్చు, మరియు నా ప్రయోజనానికి అలా చేయడానికి నేను సర్జన్ మరియు మత్తుమందు నిపుణుడిని అనుమతిస్తున్నాను.
7. సోనోగ్రఫీ/ఇతర ఇమేజింగ్ మరియు ప్రయోగశాల పరీక్షలు ఎల్లప్పుడూ క్లినికల్ తీర్పుతో పరస్పర సంబంధం కలిగి ఉండకపోవచ్చని నాకు
 వివరించబడింది.
8. రక్తం ఎక్కించడం అవసరమని నేను వివరించాను మరియు అర్థం చేసుకున్నాను. నేను దాని కోసం సమ్మతిని ఇస్తున్నాను. రక్త మార్పిడికి
 సంబంధించిన సమస్యలు ఉండవచ్చునని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

9. ప్రతి రోగికి భిన్నమైన శరీరధర్మ శాస్త్రం మరియు శరీర ప్రతిస్పందన ఉన్నందున ప్రక్రియ ఫలితం గురించి ఎలాంటి హామీ ఇవ్వబడదు. కానీ నాకు మానవీయంగా సాధ్యమయ్యే మెడికేట్ గురించి హామీ ఇవ్వబడింది.
10. నా వైద్యుడు మరియు అతని బృందంతో సహకరించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను మరియు నా సంరక్షణ మరియు చికిత్స గురించి అతని/ఆమె సూచనలు మరియు సిఫార్సులను పాటించడానికి అంగీకరిస్తున్నాను, ట్యూబ్ నిర్వహణతో సహా iPCN మరియు DJstent మొదలైనవి రెగ్యులర్ తదుపరి పరీక్ష కోసం నాకు సూచించబడ్డాయి, కాదు సుమారు 4-5 వారాల పాటు అధిక బరువును ఎత్తండి.
11. నా జీవితాన్ని కాపాడటం లేదా నా ఆరోగ్యానికి తీవ్రమైన హానిని నివారించడం అవసరమైతే మాత్రమే ఏదైనా ఇతర ప్రక్రియ నిర్వహించబడుతుందని కూడా నాకు వివరించబడింది.
12. నేను పైన చెప్పిన వాటిని అర్థం చేసుకున్నాను మరియు ఎలాంటి ఒత్తిడి లేకుండా మంచి మానసిక స్థితిలో నేను ఇష్టపూర్వకంగా నా సమ్మతిని ఇస్తున్నాను.
13. కొన్ని పరిస్థితులలో నా స్వంత ప్రయోజనం కోసం దశలవారీగా ప్రక్రియ చేయాల్సి ఉంటుందని కూడా నాకు వివరించబడింది.
14. నా సంతృప్తి కోసం నా భాషలో వ్యాధి, ఆపరేటివ్ ప్రక్రియ పెర్క్యూట్ నియన్ నెప్రోలితోటిహీమ్ (పిసిఎన్ఎల్) మరియు అనస్థీషియా గురించి నాకు వివరించబడింది. (రోగి తన చేతిరాతలో వ్రాయడానికి)

రోగి

సంతకంతేదీ

పేరు : వయస్సు:

చిరునామా : మొబైల్ నం.

సాక్షి

సంతకం : తేదీ

పేరు : చిరునామా.....

మొబైల్ నం :

ధృవీకరణ యొక్క నిర్ధారణ

చికిత్స బృందం తరపున, రోగికి అతని/ఆమెకు ఎటువంటి ప్రశ్నలు లేవని మేము నిర్ధారించాము మరియు ప్రక్రియ ముందుకు సాగాలని కోరుకుంటున్నాము.

యూరాలజిస్ట్

సంతకంతేదీ

పేరు : చిరునామా :