

# DJSTENTING (DJS) के लिए सहमति

रोगी का नाम \_\_\_\_\_ पति / पिता का नाम) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ मरीज की (उम्र) आयु \_\_\_\_\_ निवासी

\_\_\_\_\_ (मरीज का पता)

1) मे अनुरोध करता हु की मेरा (DJSTENTING (DJS)तार डालने 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 ।मुजे मेरी स्थिति, रोग प्रक्रिया, ऑपरेशन की प्रक्रिया, संभावित जटिलताओं, एवं विफलताओ के बारे मे विस्तार से मुजे मेरी भाषा में मेरी संतोषजनकतरीके से समजा दिया गया हे ।

3/- मुझे तार डालने की प्रक्रिया में शामिल जोखिमों के बारे में समझाया गया है, यानी, / (ए) सामान्य; पेशाब करने पर हल्का रक्तस्राव या जलन (अस्थायी), थोड़े टाइम के लिए (पेशाब की नली)कैथेटर का रखना , बेचैनी, दर्द और स्टेंट के कारण बार बार पेशाब आना , आमतौर पर अस्थायी, आगे की प्रक्रिया अगर इलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा अन्यथा निर्दिष्ट न किया गया हो, तो तीन महीने के भीतर स्टेंट को हटाने या बदलने के लिए, (बी) जरूरत पड़ने पर एंटीबायोटिक दवाओं की आवश्यकता , मूत्र मार्ग मे संक्रमण, अगर , तार ( स्टेंट )को डालने में विफलता होती हे तो वैकल्पिक प्रक्रिया की आवश्यकता, आदि, / (सी) दुर्लभ; देर से पेशाब मे में खून के थक्का आना तथा उसे हटाने की आवश्यकता होसकती है या, मूत्रमार्ग में चोट, मूत्राशय या मूत्रवाहिनी की सर्जरी की आवश्यकता हो सकती हे , इसके अलावा एलर्जिक रिएक्शन, अस्पताल में संक्रमण, स्टेंट मूत्रवाहिनी से बाहर निकल सकता है और अगर (तार) स्टेंट ऊपर या नीचे माइग्रेट(खिसकता) हो तो आगे की प्रक्रिया की आवश्यकता हो सकती 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 बताया गया है जैसे कि(observation) अवलोकन, परक्यूटेनियस नेफ्रोस्टॉमी(किडनी में नली डालना) और ओपन सर्जिकल प्रक्रिया आदि। मुझे दर्द, गुर्दे की क्षति और / या संक्रमण आदि जैसी जटिलताओं का तार की (DJS) प्रक्रिया से न गुजरने पर संभावित परिणामों के बारे में भी बताया गया है।

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

6/- मुझे समझाया गया है कि सर्जरी या एनेस्थीसिया से संबंधित जटिलताएँ जो की सामान्य, अथवा गंभीर (जीवन के लिए खतरा होना) जैसी आदि जटिलताएँ प्रक्रिया के दौरान या बाद में हो सकती है। , मैं ये 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 एनेस्थीशिया देने में विफलता होने पर जनरल एनेस्थीसीया (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 ना होने से संबंधित नहीं होते हैं।

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

10/- मैं अपने डॉक्टर के साथ पूर्ण सहयोग करने के लिए, और मेरी देखभाल और उपचार के बारे में उनके निर्देशों और सिफारिशों का पालन करने के लिए सहमत हूँ। मैं डीजेस्टेंट (तार) को हटाने या समय-समय पर बदलने के बारे में डॉक्टर की सलाह का धार्मिक रूप से पालन करूँगा।

11/- 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।

12/- 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 रखूँगा और पूरा सहयोग करूँगा।

१३/- मैं समझता हूँ कि मुझे प्रक्रिया से पहले अनेस्थेतिस्ट (निश्चेतक डॉक्टर) के साथ निश्चेतना के विवरण पर चर्चा करने का अवसर मिलेगा, अगर कि मेरी गंभीर स्थिति इसे रोकती नहीं है तो ।

14/- मैं समझता हूँ कि मुझे किसी भी समय अपना विचार बदलने का अधिकार है, जिसमें इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के बाद भी शामिल है, लेकिन अपने डॉक्टर के साथ चर्चा के बाद।

१५/- मुझे मेरी भाषा में रोग, ऑपरेशन प्रक्रिया (डीजेएस) और एनेस्थीसिया के बारे 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-

रिश्ता -

दिनांक