

വേദന സംബന്ധമായ ചികിത്സക്കുള്ള സമ്മതപത്രം

രോഗിയുടെ പേര് :ഹോസ്പിറ്റൽ നമ്പർ:

വയസ്സ് : സ്ത്രീ / പുരു : ഒ.പി / ഐ പി : തിയതി:

രോഗനിർണ്ണയം: ചികിത്സാരീതി:

ഒരു രോഗി എന്ന നിലയിൽ നിങ്ങളുടെ രോഗാവസ്ഥയേ കുറിച്ചും നിർദ്ദേശിച്ചിരിക്കുന്ന രോഗനിർണ്ണയ രീതിയേ കുറിച്ചും അല്ലെങ്കിൽ തത്സമയ ദൃശ്യങ്ങളുടെ സഹായത്തോടെയോ മരുന്നുപയോഗിച്ചോ ഉള്ള ചികിത്സാ രീതിയെ കുറിച്ചും നിങ്ങളെ ബോധ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതുണ്ട്. ഇതുമൂലം ഉണ്ടാവുന്ന അപകട സാധ്യതകളും ദോഷഫലങ്ങളും മനസ്സിലാക്കി നിങ്ങൾക്ക് ഈ ചികിത്സാരീതി അല്ലെങ്കിൽ മരുന്നുകൾ സ്വീകരിക്കാനോ, തള്ളികളയുവാനോ തീരുമാനിക്കാവുന്നതാണ്. മുകളിൽ പറഞ്ഞിട്ടുള്ള വെളിപ്പെടുത്തലുകൾ നിങ്ങളെ ഭയപ്പെടുത്തുവാനോ അസ്വസ്ഥതപ്പെടുത്തുവാനോ അല്ല മറിച്ച്, പൂർണ്ണമായും ഈ ചികിത്സയെപ്പറ്റി ബോധ്യപ്പെടുത്തൽ നിങ്ങളുടെ സമ്മതം ലഭിക്കാനുള്ള ശ്രമം ആണിത്.

നിലവിൽ ലഭ്യമായ ചികിത്സാരീതികളാൽ ഭേദമാക്കാൻ സാധിക്കാത്ത തരത്തിലുള്ള വേദനകളുടെ കാരണം കണ്ടെത്തുന്നതിനും ചികിത്സനൽക്കുന്നതിനും ആധുനിക ചികിത്സാരീതി ലഭ്യമാണ്. ഈ ചികിത്സാരീതിയാൽ നിങ്ങളുടെ വേദന പൂർണ്ണമായും മാറണമെന്ന് ഉറപ്പില്ലാ യെന്ന് തന്നെയുമല്ല ചിലപ്പോൾ എത്ര കൃത്യമായി ചെയ്താലും നിങ്ങളുടെ വേദന സങ്കീർണ്ണമാക്കുവാനും സാധ്യത ഉണ്ട്. ഓരോ രോഗിക്കും വേദനയുടെ കാഠിന്യവും പരിധിയും വ്യത്യാസമുള്ളതിനാൽ ഈ ചികിത്സ കഴിഞ്ഞ് നിങ്ങളുടെ രോഗപുരോഗതി വില ഇരുത്തിയ ശേഷം ആയിരിക്കും തുടർചികിത്സകൾ ആവശ്യമുണ്ടോ എന്നത് തീരുമാനിക്കുന്നത്.

1) രോഗാവസ്ഥ

a)

b)

c)

2) നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ള ചികിത്സാരീതി/ നടപടി ക്രമങ്ങൾ

a)

b)

3) മറ്റു ചികിത്സാരീതികൾ/ ചികിത്സാവിധി/ നടപടി ക്രമങ്ങൾ

a)

b)

4) ഈ ചികിത്സാരീതികൊണ്ടു ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന അണുബാധ, രക്തസ്രാവം, അലർജികൾ , സങ്കീർണ്ണമായ വേദന, നാഡീക്ഷയം, മരവിപ്പ്, ബലക്കുറവ്, പക്ഷാഘാതം, മരണം പോലെയുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ, മുകളിൽ പറഞ്ഞവ കൂടാതെ ഉണ്ടാകാവുന്ന മറ്റ് അപകടസാധ്യതകൾ

a)

b)

c)

5) ഈ ചികിത്സയിലൂടെ ഉണ്ടാകാവുന്ന നേട്ടങ്ങൾ

a)

b)

c)

d)

e)

6) ഈ ചികിത്സക്കുവിധേയമായില്ല എങ്കിൽ ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന അപകടസാധ്യതകൾ

a)

b)

7) ഈ ചികിത്സാരീതി വിജയിക്കുവാനോ പരാജയപ്പെടാനോ ഉള്ള സാധ്യതകൾ

a)

b)

ചികിത്സയ്ക്കും മരുന്നിനുമുള്ള സമ്മതപത്രം

എന്റെ രോഗാവസ്ഥക്കുള്ള ചികിത്സയുടെ ഭാഗമായി മരുന്നുകൾ (സ്റ്റെറോയ്ഡുകൾ, വേദനസംഹാരികളായ മയക്കുമരുന്നുകൾ) ഉപയോഗിച്ചും പ്രത്യേകമായ നടപടി ക്രമങ്ങളിലൂടെയും ചികിത്സിക്കുന്നതിന് സ്വമേധയാ ഞാൻ സമ്മതം നൽകുകയും ഡോക്ടറെ അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു. മരുന്നുകമ്പനികൾ പ്രത്യേക ചികിത്സയ്ക്കായി അംഗീകരിച്ചിട്ടുള്ള ചില മരുന്നുകൾ ഈ ചികിത്സയ്ക്കും ഫലപ്രാപ്തി നൽകുന്നതായി ഗവേഷണത്തിലൂടെ തെളിയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതിനാൽ ആ മരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗവും (ഓഫ് ലേബൽ ഉപയോഗം) ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

എന്റെ നിലവിലുള്ള രോഗാവസ്ഥ മരുന്നുകളിലൂടെയോ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക ചികിത്സകളിലൂടെയോ പൂർണ്ണമായും ഭേദമാകും എന്ന് എനിക്ക് ആരും ഒരു ഉറപ്പും നൽകിയിട്ടില്ല എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

വേദനയ്ക്കുള്ള ചികിത്സയ്ക്കുവേണ്ടി വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കിയുള്ള
സമ്മതപത്രം

1	Y	N	ഈ ചികിത്സാരീതിയ്ക്ക് നിങ്ങൾ ആദ്യമായി ആണോ വിധേയമാവുന്നത്?	അല്ലെങ്കിൽ കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷത്തിൽ നിങ്ങൾ എത്ര തവണ ഇത് ചെയ്തിട്ടുണ്ട്?
2	Y	N	താങ്കൾ പ്രമേഹബാധിതൻ ആണോ ?	ആണെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ രക്തത്തിലെ പഞ്ചസാരയുടെ അളവ് നല്ലതു പോലെ നിയന്ത്രിക്കാൻ കഴിയുന്നുണ്ടോ ? ഉണ്ട് / ഇല്ല
3	Y	N	നിങ്ങൾ ഇൻസുലിൻ എടുക്കുന്നുണ്ടോ?	ദയവായി നിങ്ങൾ പ്രമേഹത്തിനു ഉപയോഗിക്കുന്ന മരുന്നുകൾ പറയുക (അളവുകൾ ആവശ്യമില്ല)
4	Y	N	നിങ്ങൾ രക്തം കട്ടപിടിക്കാതിരിക്കാൻ ഏതെങ്കിലും മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്നുണ്ടോ (ഉദാ: ക്ലോപ്പിഡോഗ്രേൽ, വാർഫറിൻ) ഉണ്ടെങ്കിൽ, അത് അവസാനം കഴിച്ച തീയതി.....	
5	Y	N	നിങ്ങൾക്ക് വൃക്ക, ഹൃദയം, അല്ലെങ്കിൽ കരൾ സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങൾ ഉണ്ടോ?	
6	Y	N	നിങ്ങൾക്ക് ഇപ്പോൾ എന്തെങ്കിലും അണുബാധയോ, പനിയോ ഉണ്ടോ ? ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്ത്?	
7	Y	N	നിങ്ങൾക്ക് ഐ വി കോൺട്രാസ്റ്റ്നോ, എന്തെങ്കിലും മരുന്നിനോടോ അലർജി ഉള്ളതായി അറിയുമോ ? ഉണ്ടെങ്കിൽ ഏത് മരുന്ന്?	

8	Y	N	സ്ത്രീകൾക്ക് : താങ്കൾ ഗർഭിണിയോ, ഗർഭധാരണത്തിനു തയ്യാറെടുക്കുകയോ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ, ചികിത്സ തുടങ്ങുന്നുതിനും മുൻപ് അറിയിക്കുക.

എന്റെ ശരീരത്തിൽ അനുഭവപ്പെടുന്ന വേദനയ്ക്ക് കാരണമായ രോഗത്തെ കുറിച്ചും അതിന്റെ ദുഷ്യവശങ്ങളെക്കുറിച്ചും ചികിത്സയുടെ ചിലവുകളെ കുറിച്ചും സങ്കീർണ്ണതകളെക്കുറിച്ചും ഏകദേശ ചിലവിനെക്കുറിച്ചും (Rs...../-) ഉള്ള എന്റെ എല്ലാ സംശയങ്ങളും ചോദ്യങ്ങളും ഡോ.....എനിക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ വ്യക്തമായും പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കി തന്നിട്ടുണ്ട്. അതെല്ലാം എനിക്ക് വ്യക്തമായി മനസ്സിലായിട്ടുണ്ട്.

സാക്ഷി (1)

സാക്ഷി (2)

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

തീയതി

നിങ്ങൾ ഇപ്പോൾ കഴിക്കുന്ന എല്ലാ മരുന്നുകളും പറയുക (അളവുകൾ ആവശ്യമില്ല).