



Indian Society for
Study of Pain

ISSP UNIFORM
CONSENT FORM
FOR
INTERVENTIONAL
PAIN PROCEDURES

Document No :
ISSP/Consent/2018

Applicable: All over India

www.issp-pain.org

ನೋವಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ (ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ) ತಿಳಿಸಿದ ಸಮ್ಮತಿ

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು: _____ ದಿನಾಂಕ: _____

ರೋಗಿಗೆ: ರೋಗಿಯಾಗಿರುವ ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಲಾದ ರೋಗನಿದಾನ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಬಗ್ಗೆ ನೈಜ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಾವು ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅಥವಾ ಬಳಸಲಾಗುವ ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಿ. ಇದರಿಂದ ನೀವು ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಅಥವಾ ಇದು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಅಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಅಡಚಣೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಂಡ ನಂತರ ಔಷಧವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಕುರಿತಾದ ಸಮ್ಮತಿಯುಳ್ಳ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ರೀತಿ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವಿಕೆಯು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಹೆದರಿಸುವ ಅಥವಾ ಎಚ್ಚರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶ ಹೊಂದಿಲ್ಲ, ಬದಲಿಗೆ ಇದು ನಿಮಗೆ ಉತ್ತಮ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡುವ ಪ್ರಯತ್ನವಾಗಿದ್ದು ಇದರಿಂದ ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಸಮ್ಮತಿ/ಅನುಮತಿಯನ್ನು ನೀಡಬಹುದು ಅಥವಾ ನೀಡದೇ ಇರಬಹುದು.

ನಿಮಗೆ ನೋವಿನ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದ್ದು, ಅದು ಸಂಪ್ರದಾಯವಾದಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ಗುಣವಾಗಿಲ್ಲ. ನಿಮ್ಮ ನೋವಿನ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನಷ್ಟು ರೋಗನಿದಾನಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಈಗ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸೂಚಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಒಂದು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವು ನಿಮ್ಮ ನೋವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಖಾತರಿ ಇಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅಪರೂಪದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ತಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ಪರಿಪೂರ್ಣವಾದ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಿದಾಗಲೂ ಅದು ಇನ್ನೂ ಕೆಟ್ಟ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹೋಗಬಹುದು. ನೋವು ಪರಿಹಾರದ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಅವಧಿಯು ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ನಂತರ, ನಿಮ್ಮ ಚೇತರಿಕೆಯನ್ನು ನಾವು ಮರುಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಂತರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಿದೆಯೇ ಎಂದು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತೇವೆ.

I. ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ವರೂಪ

ಎ. _____

ಬಿ. _____

ಸಿ. _____

II. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ಗಳು ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಗಳ ಸ್ವರೂಪ

ಎ. _____

ಬಿ. _____

III. ಪರ್ಯಾಯ ವಿಧಾನ/ಗಳು ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ಗಳು

ಎ. _____

ಬಿ. _____

IV. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಅಪಾಯಗಳು ಹೀಗಿವೆ- ಸೋಂಕು, ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಅಲರ್ಜಿಯ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಹೆಚ್ಚಿದ ನೋವು, ನರ ಹಾನಿ, ಮರಗಟ್ಟುವಿಕೆ, ದೌರ್ಬಲ್ಯ, ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಅಥವಾ ಸಾವು ಮುಂತಾದವು. ಉದ್ದೇಶಿತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅಪಾಯಗಳು

- ಎ. _____
- ಬಿ. _____
- ಸಿ. _____
- ಡಿ. _____

V. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

- ಎ. _____
- ಬಿ. _____
- ಸಿ. _____
- ಡಿ. _____
- ಇ. _____

VI ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಆಗುವ ಸಂಭಾವ್ಯ ಅಪಾಯಗಳು

- ಎ. _____
- ಬಿ. _____

VII. ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಗಳ ಯಶಸ್ಸು ಅಥವಾ ವೈಫಲ್ಯದ ತುಲನಾತ್ಮಕ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು

- ಎ. _____
- ಬಿ. _____

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿ:

ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನನ್ನ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ನಾನು ನೋವಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಿತ ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ (ಡ್ರಗ್ಸ್) ಪ್ರಿಸ್ಕ್ರಿಪ್ಷನ್(ಗಳನ್ನು) ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಅಥವಾ ಬರೆಯಲು, ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಸ್ವೀರಾಯ್ಡುಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಒಪಿಯಾಡ್‌ಗಳು/ಮಾದಕ ಔಷಧಿಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರಬಹುದು. ಈ ಔಷಧಿಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುವ ಇತರ ಔಷಧಿಗಳಂತೆಯೇ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಅಥವಾ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಇದು ಡ್ರಗ್ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಅನುಮೋದಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದಕ್ಕಿಂತ ವಿಭಿನ್ನ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಔಷಧಿಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ, ಆದರೆ ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಪುರಾವೆಗಳು ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಿವೆ. ಇದನ್ನು "ಆಫ್-ಲೇಬಲ್" ಬಳಕೆ (ಉದ್ದೇಶಿತ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಬೇರೆ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕೆ ಬಳಸುವಿಕೆ) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ನನ್ನ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲು ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳು ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನನಗೆ ಯಾವುದೇ ಭರವಸೆ ಅಥವಾ ಖಾತರಿಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ಪೂರ್ವದ ತಪಸೀಲು ಪಟ್ಟಿ

ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ಈ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಇದು ನಿಮ್ಮ ಮೊದಲ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆಯೇ?	ಇಲ್ಲ ಎಂದಾದರೆ, ಕಳೆದ 12 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಿ? _____
ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ನಿಮಗೆ ಮಧುಮೇಹವಿದೆಯೇ?	'ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆ ಪ್ರಮಾಣವು ಸೂಕ್ತವಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿದೆಯೇ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ
ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ನೀವು ಇನ್ಸುಲಿನ್ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಿರಾ?	ನಿಮ್ಮ ಮಧುಮೇಹ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿ (ಡೋಸ್ ಅಲ್ಲ): _____
ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ರಕ್ತ ತೆಳುಗೊಳಿಸುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀವು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಿರಾ: ಕ್ಲೋಪಿಡೋಗ್ರೇಲ್/ವಾರ್ಫರಿನ್, ಇತ್ಯಾದಿ? 'ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ, ನೀವು ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಯಾವ ದಿನಾಂಕದಂದು ಔಷಧಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಿ? _____ ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು (ಡೋಸ್ ಅಲ್ಲ) ದಯವಿಟ್ಟು ಹೆಸರಿಸಿ: _____ _____	
ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ನೀವು ಮೂತ್ರಪಿಂಡ/ ಹೃದಯ ಅಥವಾ ಯಕೃತ್ತಿನ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? _____	
ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ನಿಮಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವುದೇ ಸಕ್ರಿಯ ಸೋಂಕು ಅಥವಾ ಜ್ವರ ಇದೆಯೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಯಾವುದು? _____	
ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ನೀವು IV ಕಾಂಟ್ರಾಸ್ಟ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ ಅಲರ್ಜಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? 'ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ, ಯಾವ ಅಲರ್ಜಿ? _____	
ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳು: ನೀವು ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸಂಭವವಿದೆಯೇ? 'ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ, ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿಸಿ.	

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ (ರೋಗಿಯು ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ ಪೋಷಕರ ಸಹಿ)

ಸಾಕ್ಷಿ 1

ಸಾಕ್ಷಿ 2

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ



ISSP/Consent/2018

INFORMED CONSENT FOR PAIN INTERVENTIONS

Special interest group (SIG) has been formed by ISSP and the committee comprises of

- a) Chairman: Dr. Pankaj N Surange
- b) Vice Chair: Dr. Rajeev Harshe
- c) Members:
 - a. Dr. AnuragAgarwal
 - b. Dr. GauravGoyal
 - c. Dr. Pavan Kumar Bichal
 - d. Dr. Manish Raj
 - e. Dr. Nazir Ahmad
 - f. Dr. Sweta Galgaonkar
 - g. Dr. RohitLahori
 - h. Dr. AshishChakrborty

