



वेदना उपचारासाठी संमती पत्र

रुग्णाचे नाव _____ तारीख _____

रुग्णांसाठी : एक रुग्ण म्हणून , तुम्हाला तुमच्या आजाराबद्दल स्थिती आणि तुमच्या आजारासाठी निदान किंवा उपचार म्हणून शिफारस केलेल्या वेदनावरील विना शस्त्रक्रिया वेदना उपचार प्रक्रियेबद्दल किंवा जी गोळ्या औषधे तुम्हाला दिली जातात , याबद्दल पूर्ण माहिती करून घेणे तुमचा हक्क आहे . जेणेकरून तुम्ही या औषधे किंवा विनाशस्त्रक्रिया वेदना उपचार प्रक्रिया याची जोखीम आणि धोके जाणून घेतल्यानंतर हे उघडकीस आणण्याचे उद्देश तुम्हाला घाबरवण्याचा नसून तुम्हाला पूर्ण माहिती देण्याचा हा एक प्रयत्न आहे , जेणेकरून तुम्ही या उपचारासाठी संमती द्याची की नाही हे ठरवू शकता . तुम्हाला एक वेदना समस्या आहे . जी सततच्या गोळ्या औषधे आणि व्यायामांनी बरी होऊ शकत नाही . तुमच्या वेदनांचे पुढील निदान आणि / किंवा उपचारासाठी आता विनाशस्त्रक्रिया वेदना उपचार प्रक्रिया सुचवली आहे.जरी ही प्रक्रिया तांत्रिकदृष्ट्या परिपूर्ण पद्धतीने केली असली तरी या प्रक्रियेमुळे तुमचे दुखणे बरे होईल ह्याची शाश्वती नाही आणि क्वचित प्रसंगी ती आणखी वाईट होऊ शकते . वेदना कमी होण्याचे प्रमाण आणि कालवधी प्रत्येक व्यक्ती नुसार बदलतो . म्हणून तुमच्या प्रक्रियेनंतर आम्ही तुमच्या वेदनांची पुनर्तपासणी आणि मुल्यांकन करू आणि नंतर पुढील उपचार आवश्यक आहे का ते ठरवू.

१) आजाराचे स्वरूप -



-

-

-

२) प्रास्ताविक उपचार / प्रक्रीयचे स्वरूप

-

-

-

३) पर्यायी प्रक्रिया / उपचार

-

-

-



४) विनाशस्त्रक्रिया वेदना उपचार प्रक्रिया मध्ये समाविष्ट असलेल्या जोखिमी , संसर्ग, रक्तस्त्राव, अॅलर्जिक प्रतिक्रिया,

वाढलेली वेदना ,अर्थागवायू आणि मृत्यू ह्याचा समावेश आहे . प्रास्ताविक विनाशस्त्रक्रिया वेदना उपचार प्रक्रियेमध्ये

संबंधीत विशिष्ट जोखीम आहेत

-

-

-

५) दोन्ही प्रास्ताविक प्रक्रियामध्ये समाविष्ट असलेले फायदे

-

-

-

६) उपचार न मिळण्याचे संभाव्य धोके

-

-



●

७) कार्य पद्धतीच्या यश किंवा उपयशाच्या सापेक्ष शक्यता.

●

●

उपचार आणि / किंवा ड्रग थेरपी साठी संमती पत्र

मी _____ या द्वारे माझ्या डॉक्टरांनी

प्रास्ताविक विनाशस्तक्रिया वेदना उपचार प्रक्रिया करण्यास आणि / किंवा माझ्या वेदनांवर उपचार करण्यासाठी एक

घटक म्हणून नियंत्रित औषधे लिहून देण्यास किंवा लिहण्यासाठी अधिकृत करतो आणि माझी ऐच्छिक संमती देतो

ज्यामध्ये स्टेरॉईड्स आणि / किंवा ओपियोइड / अमली पदार्थ ह्याचा समावेश असू शकतो हि औषधे वैद्यकीय

व्यवहारात वापरल्या जाणाऱ्या इतर औषधाप्रमाणे सायडइफेक्ट किंवा प्रतिकूल प्रतिक्रिया निर्माण करू शकता ह्यामध्ये

औषध कंपनी ने मजूर केलेल्या पेक्षा वेगळ्या उद्देशाने औषधाचा वापर करणे देखील समाविष्ट आहे . परंतु संशोधन

आणि पुऱ्याव्याने फायदेशीर प्रभाव दर्शविला आहे . ह्याला " ऑफ लेबल " वापर असे संबोधले जाते माझी स्थिती बरी

उपचार आणि / किंवा ड्रग थेरपी साठी संमती पत्र



वेदनावरील इंटरवेंशनल प्रक्रिया साठी सूचित सहमति

पूर्व-प्रक्रिया तपासणी यादी (चेकलिस्ट)

होय	नाही	ही तुमची पहिली विनाशस्तक्रिया वेदना उपचार प्रक्रिया आहे का?	जर नाही, तर गेल्या 12 महिन्यांत किती वेळा केले गेले? _____
होय	नाही	तुम्हाला मधुमेह आहे का?	तुमची ब्लड शुगर नीट नियंत्रित आहे का? होय / नाही
होय	नाही	तुम्ही इन्सुलिन घेता का?	तुमच्या मधुमेहावरील औषधांची यादी करा _____
होय	नाही	तुम्ही रक्त पातळ करणारी कोणतीही औषधे घेत आहात का? क्लोपीडोग्रेल/ वॉरफेरिन इत्यादी? जर होय, तर तुम्ही ती शेवटची कधी घेतली होती - तारीख सांगा. _____ कृपया तुम्ही सध्या घेत असलेल्या सर्व औषधांची नावे द्या (डोस नाही) _____ _____	
होय	नाही	तुम्हाला किडनी/हृदय किंवा यकृताची (लिव्हर) कोणतीही समस्या आहे का? _____ _____	
होय	नाही	तुम्हाला सध्या कोणताही सक्रिय संसर्ग (इन्फेक्शन/ संक्रमण) किंवा ताप आहे का? कृपया उल्लेख करा _____ _____	
होय	नाही	तुम्हाला इंटरव्हनस कॉन्ट्रास्ट किंवा इतर कोणत्याही औषधाची किंवा औषधांची ऍलर्जी आहे का? कृपया उल्लेख करा _____ _____	
होय	नाही	महिला रुग्ण : तुम्ही गरोदर (गर्भवती) असण्याची काही शक्यता आहे का? होय असल्यास, कृपया प्रक्रियेपूर्वी सूचित करा	

रुग्णाची स्वाक्षरी (पालकांची स्वाक्षरी, जर रुग्ण अल्पवयीन असेल) _____

साक्षीदार १ _____

साक्षीदार २ _____

फिजिशियन स्वाक्षरी _____

