

TRABECULECTOMY WITH/WITHOUT ANTI FIBRO-BLASTIC AGENT

काला पानी का ऑपरेशन टाँका/टाँका रहित

फायदे/नुकसान व अन्य तरीके व किन काले पानी के मरीजों में सफल है -

मुझे डॉक्टर द्वारा भली-भाँति समझा दिया गया है कि मुझे काला पानी (Glaucoma) की शिकायत है और यदि इसका उपचार नहीं किया गया तो मेरी आँख की रोशनी पूर्ण रूप से समाप्त हो सकती है। काला पानी साधारणतया आँख का दबाव बढ़ने के कारण होता है, जिसका उपचार दवाइयों द्वारा किया जा सकता है एवं दवाइयों के निष्फल होने के पश्चात् लेसर किरणों अथवा शल्य क्रिया द्वारा आँख के दबाव को नियंत्रित किया जाता है। इससे आँख की रोशनी बच जाती है और काले पानी के कारण आँख पर होने वाले दुष्प्रभाव समाप्त हो जाते हैं।

मेरे चिकित्सक ने मुझे भली-भाँति समझा दिया है कि Trabeculectomy नामक ऑपरेशन के सफल होने के बाद आँख के दबाव को नियंत्रित किया जायेगा। और काले पानी के कारण आँखों की रोशनी पर हो रहे दुष्प्रभाव हो जाने की काफी उम्मीद है, परन्तु ऑपरेशन से पूर्व आँख की रोशनी पर हो चुके दुष्प्रभाव को पुनः ठीक नहीं किया जा सकता है।

शल्य क्रिया से जुड़े प्रश्न व अन्य तथ्य

इस शल्य क्रिया Trabeculectomy से भी अन्य खतरे जो दूसरी शल्य क्रियाओं के साथ हो सकते हैं। इस शल्य क्रिया के पश्चात् भी आँख का दबाव बढ़ा रह सकता है, जिसके लिए दूसरी दवाओं एवं दुबारा ऑपरेशन क्रिया भी करवानी पड़ सकती है। यह दुष्प्रभाव शल्य क्रिया के दिन, महीने अथवा वर्षों बाद भी हो सकते हैं, जिसके कारण आँख की रोशनी पूर्ण रूप से जा सकती है। इसलिए आँख की सुरक्षा हेतु ऑपरेशन के बाद समय-समय पर दुबारा डॉक्टर से आँख के प्रेशर व उसके पर्दे की नस की जाँच कराया जाना आवश्यक है।

शल्य क्रिया के बाद निम्नलिखित दुष्प्रभाव हो सकते हैं-

1. आँख के दबाव का बढ़े रहना : आँख का दबाव बहुत अधिक अथवा कम रह सकता है।
2. ऑपरेशन के 2 माह तक आँख की रोशनी कम हो सकती है। आँख में मोतियाबिंद भी बन सकता है।
3. आँख के अन्दर रक्त उतरना।
4. आँख में अधिक समय तक लाली व सूजन का रहना।
5. आँख में अधिक समय तक जलन व चुभन का रहना।
6. कीटाणु संक्रमण एवं आँख में इन्फेक्शन।
7. आँख की रोशनी का कम हो जाना।

निश्चेतना द्वारा आँख पर होने वाले दुष्प्रभाव

1. आँख के गोले का फट जाना (Perforation)।
2. रेटिना से रक्त प्रवाह का कम जो जाना।
3. पलक का गिरना।
4. निश्चेतना की दवाओं का रिएक्शन।

मरीज की

मैं डॉ. एवं उनके स्टाफ तथा सहयोगियों को अधिकृत करता हूँ एवं उन्हें मेरी दायीं/बायीं आँख के कालेपानी का ऑपरेशन की अनुमति देता हूँ।

1. मुझे यह भली-भाँति समझा दिया गया है कि ऑपरेशन के दौरान अकल्पित कठिनाइयाँ एवं परिस्थितियाँ उत्पन्न हो सकती हैं, जिनके लिए यथासंभव कदम जो पहले से सुनियोजित नहीं हों, वह भी उठाने पड़ सकते हैं, मैं उपर्युक्त नामांकित सर्जन को इन सभी प्रयासों को करने के लिए अधिकृत करता हूँ।
2. मुझे शल्य क्रिया की प्रक्रिया एवं कारण भली-भाँति समझा दिया गया है।

3. मुझे पता है कि शल्य क्रिया मेरी आँख की रोशनी को बनाये रखने के लिए की जा रही है, किंतु किसी प्रकार की गारंटी इसमें प्रदान नहीं की जा सकती।
4. इस हेतु मैं मुझे सुन्न की सुई (इन्जेक्शन) लगाने व अन्य निश्चेतना में काम आने वाली दवाओं के प्रयोग हेतु सहमति देता/देती हूँ।
5. मैं मेडिकल स्टाफ एवं डॉक्टर द्वारा ऑपरेशन में प्रयोग होने वाली अन्य दवाओं के मुझ पर इस्तेमाल की सहमति देता/देती हूँ।
6. मैं शल्य क्रिया में मेरे शरीर के/आँख के किसी भी हिस्से/अवशेष को जो निष्क्रिय हो गया है, चिकित्सालय के मानदण्डों के अनुसार निस्तारण हेतु भी अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

दिनांक
मरीज के हस्ताक्षर

चिकित्सक के हस्ताक्षर अथवा
चिकित्सालय की सील

रिश्तेदार/गवाह के हस्ताक्षर