

நோயாளி ஒப்புதல் பாரம்

மருத்துவ ரீதியிலான கருக்கலைப்புக்கு மிஃபெப்பிரிஸ்டேன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் இணைந்த மருந்தை உபயோகித்தல்.

- ◆ என்னுடைய கர்ப்பத்தைக் கலைப்பதற்கு (மிஃபெப்பிரிஸ்டேன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால்) மருந்தை உபயோகிப்பதற்கான மருத்துவ ரீதியான வழிகாட்டியை நான் படித்தேன். இந்த விவரத்தை என்னுடைய டாக்டருடன் கலந்து ஆலோசனையும் செய்தேன். அவர் என்னுடைய எல்லா கேள்விகளுக்கும் பதிலளித்தார். என்னுடைய கர்ப்பத்தைக் கலைப்பதற்கு மிஃபெப்பிரிஸ்டேன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் உபயோகிப்பதன் ஆபத்துகளையும், நன்மைகளையும் பற்றி எனக்கு கூறினார். என்னுடைய கர்ப்பத்தைக் கலைப்பதற்கு மிஃபெப்பிரிஸ்டேன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் மற்றும் ஒவ்வொரு மருந்தையும் எப்போது எடுத்து கொள்வது என்பது பற்றியும் ஓர் அவசர கட்டத்தில் என்னசெய்வது என்பது பற்றியும் என்னுடைய டாக்டரின் அறிவுரையைப் பின்பற்றுவேன்.
- ◆ என்னுடைய கர்ப்பம் 49 நாட்கள் கர்ப்பத்தைவிட (7வாரங்கள்) அதிகமானவை அல்ல என்று நான் நம்புகிறேன். (எனது கடைசி மாதவிடாய் பீரியாடிலிருந்து எண்ணிபார்த்து) முதல் டோஸ் மருந்தின் இரண்டு நாட்களுக்குப்பிறகு மற்றும் மீண்டும் 14 நாட்களுக்குப்பிறகு நான் டாக்டரின் கிளினிக்கிற்கு வரவேண்டும் என்பது எனக்குத் தெரியும்.
- ◆ கருக்கலைப்பு முழுமையுற்றது மற்றும் கர்ப்பம் நிறுத்தப்பட்டுவிட்டது என்று எனது டாக்டர் அறிவிக்கும் வரை இந்த முழு காலகட்டத்திலும் நான் சுய கண்காணிப்பில் மற்றும் எனது டாக்டரின் கிளினிக்கின் தொடர்புடன் இருக்க வேண்டும் என்பதை நான் அறிவேன். எனக்கு அதிக இரத்த கசிவு ஏற்பட்டாலோ அல்லது சிகிச்சையினால் அவசர கட்டத்தேவை ஏற்பட்டாலோ நான் உடனடியாக மருத்துவரை அணுக வேண்டும் என்பதனை நான் அறிவேன்.
- ◆ நான் முதல் டோஸ் உட்கொண்ட பிறகு எனது கர்ப்பம் கலைந்து விட்டது மற்றும் நான் நலமுடன் இருக்கிறேன் என்பதை உறுதி செய்துகொள்ள சுமார் இரண்டு வாரங்களுக்குப் பிறகு (சுமார் 14ம் நாள் டாக்டரின் கிளினிக்கிற்குத் திரும்பவும் செல்ல வேண்டும் என்பதை நான் அறிவேன்.
- ◆ சில பேர்களுக்கு இந்த சிகிச்சை வேலை செய்யாது என்பதை நான் அறிவேன். இந்த சிகிச்சையை உபயோகிக்கும் 100-ல் சுமார் 2 முதல் 3 மங்கையர்களுக்கு இது திகழ்கிறது. இந்த சிகிச்சையின் எந்த கட்டத்திற்குப்பிறகும் எனது கர்ப்பம் தொடர்ந்தால் பிறப்புக் கோளாறு ஏற்பட வாய்ப்புள்ளது என்பது எனக்குத் தெரியும்.
- ◆ இந்த சிகிச்சைக்குப் பிறகு எனது கர்ப்பம் தொடர்ந்தால் எனது கர்ப்பத்தை நிறுத்துவதற்கு ஓர் அறுவை சிகிச்சை, லோகல் அல்லது ஜெனரல் அனெஸ்திஷியாவின் கீழ் நடவடிக்கைக்கு நான் உட்படுவேன்.
- ◆ என்னிடம் டாக்டரின் பெயர் முகவரி மற்றும் போன் எண் உள்ளன. மற்றும் ஏதேனும் கேள்விகள் அல்லது கவலைகள் எனக்கு இருப்பின் நான் அவரை அணுக வேண்டும் என்பது எனக்குத் தெரியும்.

நோயாளியின் பெயர் : தந்தை / கணவரின் பெயர் :

முகவரி : போன் எண் :

நோயாளியின் கையொப்பம் அல்லது வலது கை பெருவிரல் ரேகைப்பதிவு

கணவரின் கையொப்பம் :

இந்த நோயாளி ஒப்புதல் பாரம் நான் விளக்கிக்கூறிய பிறகு, அவர்களுடைய அனைத்து கேள்விகளுக்கும் பதிலளித்தல் பிறகு என்னுடைய முன்னிலையில் (மிஃபெப்பிரிஸ்டேன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால்) இணைப்பிற்கான மருத்துவ ரீதியிலான வழிகாட்டியை நான் அவர்களிடம் கொடுத்திருக்கிறேன்.

டாக்டரின் கையொப்பம்.

தேதி :

இடம் :

Blood 99: