

---

***Consent Forms in  
Ophthalmic Practice***  
*in*  
***Hindi & English***

**EDITORS**

**English Edition**

Dr. Bhavna Chawla  
Dr. Namrata Sharma  
Dr. Lalit Verma

**Hindi Edition**

Dr. P.S. Negi  
Dr. Y.C. Gupta

***Published By:***

**Dr. Amit Khosla**  
Secretary, DOS  
Room No.2225, 2nd Floor  
New Building  
Sir Ganga Ram Hospital  
Rajinder Nagar, New Delhi - 110060

***Disclaimer***

This manual is for educational purpose only and is not intended to constitute legal advice. Hence it should not be relied upon as a source for legal advice.

---

---

# Contents

## RETINA

1.	Cryosurgery-----	1
2.	Retinal Detachment -----	5
3.	Vitreo Retinal Surgery -----	9
4.	Macular Hole Surgery -----	13
5.	Avastin <sup>™</sup> Intravitreal Injection -----	17
6.	Macugen <sup>™</sup> Intravitreal Injection -----	21
7.	Lucentis <sup>™</sup> Intravitreal Injection -----	25
8.	ROP Laser -----	29
9.	Laser Indirect Ophthalmoscopy -----	31
10.	Laser Photocoagulation for Diabetic Retinopathy -----	35
11.	Laser Photocoagulation for Proliferative Retinopathy -----	39
12.	Laser Photocoagulation for Maculopathy -----	43
13.	Fundus Fluorescein Angiography / Ophthalmoscopy/ Indocyanine Green Angiography -----	47
14.	Photodynamic Therapy (PDT) -----	49
15.	Trans Pupillary Thermotherapy (TTT)-----	53
17.	Intravitreal Injection for Endophthalmitis -----	57
16.	Electrophysiological Tests -----	59

## OCULOPLASTY & ORBIT

1.	Enucleation -----	63
2.	Evisceration -----	67
3.	Orbitotomy -----	71
4.	Entropion -----	75
5.	Ectropion -----	77
6.	Ptosis -----	79
7.	Syringing and Probing-----	81
8.	Punctal Plugs -----	83
9.	Dacryocystorhinostomy (DCR) -----	85
10.	Contracted Socket -----	87

## OCULAR SURFACE, CORNEA & REFRACTIVE SURGERY

1.	Optical Penetrating Keratoplasty -----	89
2.	Therapeutic Keratoplasty -----	91
3.	Automated Lamellar Therapeutic Keratoplasty (ALTK) -----	95
4.	Deep Anterior Lamellar Keratoplasty (DALK) -----	97

---

---

5.	Descemet's Stripping Endothelial Keratoplasty (DSEK/DSAEK) -----	99
6.	Phototherapeutic Keratectomy (PTK) -----	103
7.	Photorefractive Keratectomy (PRK) -----	107
8.	LASIK -----	111
9.	Astigmatic Keratotomy (AK) -----	115
10.	Intacs -----	119
11.	Phakic IOL -----	123
12.	Conductive Keratoplasty -----	129
13.	Pterygium Surgery -----	133
14.	Corneal Scraping -----	135
15.	Fibrin Glue Adhesive for Corneal Perforation -----	137
16.	Symblepharon Release -----	139
17.	Amniotic Membrane Transplantation (AMT) -----	141
18.	Limbal Stem Cell Transplantation (LSCT) -----	143
19.	Osteo-odonto Keratoprosthesis (OOKP) -----	145

## **SQUINT**

1.	Squint Surgery -----	147
2.	Botox (Botulinum Toxin) Injection -----	151

## **GLAUCOMA**

1.	Trabeculectomy With / Without Anti-Fibroblastic Agents -----	155
2.	Diode Laser Cyclo-photocoagulation (DLCP) -----	159
3.	Argon Laser Trabeculoplasty (ALT) -----	163
4.	Laser Iridotomy -----	167

## **CATARACT**

1.	Cataract Surgery With / Without Implantation of Intraocular Lens -----	169
2.	Pediatric Cataract -----	175
3.	YAG Capsulotomy -----	179

## **MISCELLANEOUS**

1.	Examination Under Anesthesia (EUA) -----	181
2.	Optical Iridectomy -----	183

---

---

# RETINA

---

---

# Cryosurgery

*Bipul Baishya, Atul Kumar*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Proposed Treatment

The doctor has explained that I, (name of patient .....), have a retinal lesion in my.....eye which is a risk factor for development of ..... and Cryosurgery is proposed.

## Risks

These are the commoner risks. There may be other unusual risks that have not been listed here.

I understand there are risks associated with any anesthetic agent (in case of children).

I may have side effects from any of the drugs used. The commoner side effects include light-headedness, nausea, skin rash and constipation.

I understand the procedure has the following specific risks and limitations:

1. Although most retinal lesions can be treated, it is not 100% effective. In some cases, more than two sittings may be required.
2. Corneal burns
3. Retinal detachment or macular puckering that may require additional surgery
4. Inflammation
5. Pigmentary disturbances
6. Bleeding in eye

Local complications of anesthesia injections around the eye include:

1. Perforation of eyeball
2. Destruction of optic nerve
3. Interference with circulation of retina
4. Possible drooping of eyelid
5. Respiratory depression
6. Hypotension

## Individual Risks

I understand the following are possible significant risks and complications specific to my individual circumstances, that I have considered in deciding to have this operation:

.....  
.....

## Declaration by Patient

I acknowledge doctors from the ophthalmic team have informed me about the procedure, alternative treatments and answered my specific queries and concerns about this matter.

I acknowledge that I have discussed with the surgical team any significant risks and complications specific to my individual circumstances that I have considered in deciding to have this operation.

I understand that a doctor other than the specialist surgeon may perform the procedure.

---

I have received no guarantee the operation will be successful.

I have received a copy of this form to take home with me.

If a needle stick/sharps injury occurs to staff during any operation I give my permission for blood to be taken and tested for HIV and other blood borne disorders.

I understand I will be advised and counselled as soon as practicable after the operation if this has been necessary.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

**Witness 2**

Signature: .....

Signature: .....

Name: .....

Name: .....

Address: .....

Address: .....

Tel: .....

Tel: .....

# क्राओ सर्जरी

बिपुल बैश्य, अतुल कुमार

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## प्रस्तावित उपचार

डॉक्टर ने स्पष्ट किया है कि मेरी ..... (रोगी का नाम) ..... आंख में  
रेटिना से जुड़ा जख्म है जो कि ..... के विकास के लिए जोखिम का कारक है और क्रायो सर्जरी प्रस्तावित की है।

## जोखिम

ये साधारण जोखिम हैं। दूसरे असामान्य जोखिम भी हो सकते हैं जिन्हें कि यहां सूचीबद्ध नहीं किया गया है।

मैं समझता हूँ कि किसी भी संवेदनाहारी कारक के साथ (बच्चों के मामले में) जोखिम जुड़े होते हैं।

मुझे उपयोग में लायी गयी दवाओं में से किसी के भी कारण पार्श्व-प्रभाव उत्पन्न हो सकते हैं। आम पार्श्व-प्रभावों में चक्कर आना, मितली, त्वचा पर ददोरे और कब्ज शामिल है।

मैं समझता हूँ कि चिकित्सकीय प्रक्रिया के निम्नलिखित खास जोखिम और सीमाएं हैं :

1. हालांकि रेटिना के अधिकतर जख्मों का इलाज हो सकता है लेकिन यह शत-प्रतिशत प्रभावी नहीं है। कुछ मामलों में दो से ज्यादा बैठक की जरूरत पड़ सकती है।
2. कार्नील का जलना
3. रेटिना का अलग होना या मैकुलर सिंकुडन जिसके लिए अतिरिक्त सर्जरी की जरूरत पड़ सकती है
4. जलन
5. रंग दिखने में परेशानी
6. आंखों में रक्तस्राव

आंखों के इर्दगिर्द संवेदनाहारी इंजेक्शनों की स्थानिक परेशानियों में शामिल हैं :

1. आंख की पुतली के छेद
2. प्रकाशिक नस का विनाश
3. रेटिना के संचरण के साथ व्यवधान
4. पलक की संभावित लटकन
5. श्वसन से जुड़ा दबाव
6. असामान्य रूप से निम्न रक्तचाप

## व्यक्तिगत जोखिम

मैं समझता हूँ कि विशेष रूप से मेरी परिस्थितियों से जुड़े संभावित महत्वपूर्ण जोखिम और जटिलताएं निम्नलिखित हैं, जिन पर कि मैंने इस ऑपरेशन को करवाने का निर्णय करते समय विचार किया है :

.....  
.....

## रोगी द्वारा घोषणा

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि नेत्र विशेषज्ञों की टीम के डॉक्टरों ने चिकित्सकीय प्रक्रिया, वैकल्पिक उपचारों के बारे में मुझे जानकारी प्रदान की है और इस मामले में मेरे विशिष्ट प्रश्नों और चिंताओं का जवाब दिया है।

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि मैंने सर्जरी करने वाले डॉक्टरों की टीम के साथ किन्हीं महत्वपूर्ण जोखिमों और अपनी व्यक्तिगत परिस्थितियों के लिए खास जटिलताओं पर चर्चा की है, जिन पर कि मैंने इस ऑपरेशन को करवाते समय विचार किया है।

मैं समझता हूँ कि विशेषज्ञ सर्जन के अलावा दूसरा डॉक्टर इस ऑपरेशन को कर सकता है।

ऑपरेशन सफल होगा मुझे इसकी कोई गारंटी नहीं दी गयी है।

मुझे अपने साथ घर ले जाने के लिए इस प्रपत्र की एक प्रति प्राप्त हुई है।

अगर किसी चीड़-फाड़ के दौरान स्टाफ को सुई या धारदार औजार से चोट आती है तो मैं एचआईवी और रक्त से होने वाले दूसरे विकारों के लिए रक्त लेने और उसका परीक्षण करने की अनुमति प्रदान करता हूँ।

मैं समझता हूँ कि ऑपरेशन के बाद आवश्यकता पड़ने पर जैसे ही मुमकिन होगा मुझे सलाह और परामर्श प्रदान किया जाएगा।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस), ..... (घर), ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Retinal Detachment

*Bipul Baishya, Y.R. Sharma*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Proposed Treatment

The doctor has explained that I, (name of patient .....), have a retinal detachment in my.....eye and that.....is proposed:

## Risks

These are the commoner risks. There may be other unusual risks that have not been listed here.

I understand there are risks associated with any anesthetic agent.

I may have side effects from any of the drugs used. The commoner side effects include light-headedness, nausea, skin rash and constipation.

I understand the procedure has the following specific risks and limitations:

1. Although most retina detachments can be treated, a small proportion (5%) may be inoperable and blindness cannot be prevented.
2. Failure to accomplish intent of surgery
3. More than one surgery may be required. Like if Scleral buckling surgery fails, Vitrectomy may be required with Silicone Oil or Gas tamponade.
4. In case of Silicone Oil or Gas injection, I have to maintain position depending upon the surgery.
5. If Gas is injected, I have to restrict air travel until gas is absorbed.
6. If Silicone oil is injected, then resurgery will be required to remove the oil.
7. It may take up to 18 months before the final outcome of the surgery is known. Although many cases achieve a good result, this depends on several factors including how long the detachment had been present.
8. It may not be possible to predict before the operation which cases will do well.
9. There is a chance I may develop further retina detachments in future in the same eye or in the opposite eye.
10. In some cases, more than one operation may be required
11. Though rare, I may develop complications like vitreous hemorrhage, infection, elevated eye pressure (glaucoma), poorly healing or non-healing corneal defects, corneal clouding and scarring, cataract, which might require eventual or immediate removal of lens, double vision, eyelid droop, and loss of circulation to vital tissues in the eye, resulting in decrease or loss of vision

There is an extremely small risk (1:17000 cases) that the opposite eye to the one having surgery may become inflamed, especially if complications occur after the operation. This is called sympathetic ophthalmia. Although this can be treated, in some cases, eyesight may be lost.

I understand some of the above risks are more likely if I smoke, am overweight, diabetic, have high blood pressure or have had previous heart disease.

## Individual Risks

I understand the following are possible significant risks and complications specific to my individual circumstances, that I have considered in deciding to have this operation:

.....  
.....

---

**Declaration By Patient**

I acknowledge doctors from the ophthalmic team have informed me about the procedure, alternative treatments and answered my specific queries and concerns about this matter.

I acknowledge that I have discussed with the surgical team any significant risks and complications specific to my individual circumstances that I have considered in deciding to have this operation.

I agree to any other additional procedures considered necessary in the judgment of my surgeon during this operation.

I have received no guarantee the operation will be successful.

I have received a copy of this form to take home with me.

If a needle stick/sharps injury occurs to staff during any operation I give my permission for blood to be taken and tested for HIV and other blood borne disorders.

I understand I will be advised and counselled as soon as practicable after the operation if this has been necessary.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

**Witness 2**

Signature: .....

Signature: .....

Name: .....

Name: .....

Address: .....

Address: .....

Tel: .....

Tel: .....

# रेटिना का अलगाव

बिपुल बैश्य, वाई. आर. शर्मा

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## प्रस्तावित उपचार

डॉक्टर ने स्पष्ट किया है कि मेरी ..... (रोगी का नाम) ..... आंख में रेटिना का अलगाव है और यह कि ..... प्रस्तावित है :

## जोखिम

कुछ सामान्य जोखिम हैं। दूसरे असामान्य जोखिम भी हो सकते हैं, जिन्हें कि यहां पर सूचीबद्ध नहीं किया गया है।

मैं समझता हूँ कि किसी भी संवेदनाहारी कारक के साथ जोखिम जुड़े हुए होते हैं।

मुझे उपयोग में लायी गयी दवाओं में से किसी के भी कारण पार्श्व-प्रभाव उत्पन्न हो सकते हैं। आम पार्श्व-प्रभावों में चक्कर आना, मितली, त्वचा पर ददोरे और कब्ज शामिल है।

मैं समझता हूँ कि चिकित्सकीय प्रक्रिया के निम्नलिखित खास जोखिम और सीमाएं हैं :

1. हालांकि रेटिना के अधिकतर अलगावों का उपचार किया जा सकता है पर एक छोटा अनुपात (5 प्रतिशत) हो सकता है कि ऑपरेशन के लायक नहीं हो और अंधेपन को रोका नहीं जा सके।
2. सर्जरी के प्रयोजन को पूरा करने में विफलता
3. एक से अधिक सर्जरी की आवश्यकता पड़ सकती है। जैसे कि अगर सेरल बकलिंग सर्जरी विफल होती है तो सिलिकॉन ऑयल या गैस टैम्पोनेड के साथ विटरेक्टॉमी की आवश्यकता पड़ सकती है।
4. सिलिकॉन ऑयल या गैस इंजेक्शन की दशा में सर्जरी के आधार पर स्थिति को बनाये रखना है।
5. अगर गैस का इंजेक्शन दिया जाता है तो मुझे उस समय तक हवाई यात्रा से बचना होगी जब तक कि गैस अवशोषित नहीं हो जाती।
6. अगर सिलिकॉन ऑयल का इंजेक्शन दिया जाता है तो तेल को निकालने के लिए दोबारा सर्जरी आवश्यक होगी।
7. सर्जरी के अंतिम परिणाम का पता चलने में 18 महीनों तक का समय लग सकता है। हालांकि बहुत से मामलों में अच्छा परिणाम आता है पर यह इसके समेत कई कारकों पर निर्भर करता है कि अलगाव कितने समय से मौजूद था।
8. किन मामलों में अच्छे परिणाम आएंगे इनका ऑपरेशन से पहले अनुमान लगाना हो सकता है कि संभव नहीं हो।
9. इस बात का खतरा होता है कि मुझे भविष्य में उसी आंख में या दूसरी वाली में रेटिना का आगे भी अलगाव विकसित हो जाये।
10. कुछ मामलों में, एक से अधिक ऑपरेशन की जरूरत पड़ सकती है।
11. हालांकि मुश्किल से ही ऐसा होता है लेकिन मेरे भीतर वाइटरिस रक्तस्राव, संक्रमण, आंख का उंचा दबाव (ग्लूकोमा), कॉर्नील की खराबियों के घाव के मुश्किल से भरने या नहीं भरने, कॉर्नील क्लाउडिंग और स्कैरिंग, मोतियाबिंद, जिसके लिए लेंसों को अंततः या फौरन निकालने की जरूरत पड़ सकती है, डबल विजन, पलकों के लटकना और आंखों के महत्वपूर्ण ऊतकों में परिसंचरण के नहीं होने जैसी जटिलताएं विकसित हो सकती हैं, जिसके फलस्वरूप नजर में कमी या उसका खात्मा हो सकता है।

इस बात का बहुत ही कम जोखिम (1:17000 मामले) होता है कि जिस आंख की सर्जरी की गयी है उसके बगल वाली आंख लाल हो सकती है, विशेषकर उस समय जबकि जटिलताएं ऑपरेशन के बाद पैदा होती हैं। हालांकि इसका उपचार किया जा सकता है पर कुछ मामलों में आंखों की दृष्टि जा सकती है।

मैं समझता हूँ कि ऊपर बताये गये जोखिमों में से कुछ के आसार उस समय ज्यादा होते हैं जबकि मैं धूम्रपान करता हूँ, मेरा वजन ज्यादा है, मधुमेह से पीड़ित हूँ, उच्च रक्तचाप है या पहले दिल की बीमारी हो चुकी है।

## व्यक्तिगत जोखिम

मैं समझता हूँ कि विशेष रूप से मेरी परिस्थितियों से जुड़े संभावित महत्वपूर्ण जोखिम और जटिलताएं निम्नलिखित हैं, जिन पर कि मैंने इस ऑपरेशन को करवाने का निर्णय करते समय विचार किया है :

.....  
.....

## रोगी द्वारा घोषणा

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि नेत्र विशेषज्ञों की टीम के डॉक्टरों ने चिकित्सकीय प्रक्रिया, वैकल्पिक उपचारों के बारे में मुझे जानकारी प्रदान की है और इस मामले में मेरे विशिष्ट प्रश्नों और चिंताओं का जवाब दिया है।

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि मैंने सर्जरी करने वाले डॉक्टरों की टीम के साथ किन्हीं महत्वपूर्ण जोखिमों और अपनी व्यक्तिगत परिस्थितियों के लिए खास जटिलताओं पर चर्चा की है, जिन पर कि मैंने इस ऑपरेशन को करवाते समय विचार किया है।

मैं ऐसी अन्य कार्यविधियों को अपनाए जाने पर सहमत हूँ जो कि इस ऑपरेशन के दौरान मेरे सर्जन की राय में आवश्यक होंगी।

ऑपरेशन सफल ही होगा इसकी मुझे कोई गारंटी नहीं दी गयी है।

मुझे घर ले जाने के लिए इस प्रपत्र की एक प्रति प्राप्त हुई है।

अगर किसी चीड़-फाड़ के दौरान स्टाफ को सुई या धारदार औजार से चोट आती है तो मैं एचआईवी और रक्त से होने वाले दूसरे विकारों के लिए रक्त लेने और उसका परीक्षण करने की अनुमति प्रदान करता हूँ।

मैं समझता हूँ कि ऑपरेशन के बाद आवश्यकता पड़ने पर जैसे ही मुमकिन होगा मुझे सलाह और परामर्श प्रदान किया जाएगा।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Vitreo Retinal Surgery

*Bipul Baishya, R.V. Azad*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Proposed Treatment

The doctor has explained that I, (name of patient .....), have ..... in my ..... Eye and that.....is proposed.

## Risks

These are the commoner risks. There may be other unusual risks that have not been listed here.

I understand there are risks associated with any anesthetic agent.

I may have side effects from any of the drugs used. The commoner side effects include light-headedness, nausea, skin rash and constipation.

I understand the procedure has the following specific risks and limitations:

1. Failure to accomplish intent of surgery
2. Retinal detachments that may require additional surgery or may be inoperable
3. Depending upon the surgery, Silicone Oil or Gas may be required for tamponade.
4. In case of Silicone Oil or Gas injection, I have to maintain position depending upon the surgery.
5. If Gas is injected, I have to restrict air travel until gas is absorbed.
6. If Silicone oil is injected then resurgery will be required to remove the oil.
7. It may take up to 18 months before the final outcome of the surgery is known.
8. In a few cases, the underlying condition cannot be treated and blindness cannot be prevented.
9. It may not be possible to predict before the operation which cases will do well.
10. There is a chance I may develop further retina detachments in future in the same eye or in the opposite eye.
11. In some cases, more than one operation may be required
12. Though rare I may develop complications like vitreous hemorrhage, infection, elevated eye pressure (glaucoma), poorly healing or non-healing corneal defects, corneal clouding and scarring, cataract, which might require eventual or immediate removal of lens, double vision, eyelid droop, and loss of circulation to vital tissues in the eye, resulting in decrease or loss of vision

There is an extremely small risk (1:17000 cases) that the opposite eye to the one having surgery may become inflamed, especially if complications occur after the operation. This is called sympathetic ophthalmia .Although this can be treated, in some cases, eyesight may be lost.

I understand some of the above risks are more likely if I smoke, am overweight, diabetic, have high blood pressure or have had previous heart disease.

## Individual Risks

I understand the following are possible significant risks and complications specific to my individual circumstances, that I have considered in deciding to have this operation:

.....  
.....

---

## Declaration by Patient

I acknowledge doctors from the ophthalmic team have informed me about the procedure, alternative treatments and answered my specific queries and concerns about this matter.

I acknowledge that I have discussed with the surgical team any significant risks and complications specific to my individual circumstances that I have considered in deciding to have this operation.

I agree to any other additional procedures considered necessary in the judgment of my surgeon during this operation.

I agree to the disposal by the hospital authorities of any tissues that may be removed during the procedure. I understand that some tissues or samples may be kept as part of my hospital records.

I have received no guarantee the operation will be successful.

I have received a copy of this form to take home with me.

If a needle stick/sharps injury occurs to staff during any operation I give my permission for blood to be taken and tested for HIV and other blood borne disorders.

I understand I will be advised and counselled as soon as practicable after the operation if this has been necessary.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# विटेरिओ रेटिनल सर्जरी

बिपुल बैश्य, आर. वी. आजाद

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## प्रस्तावित उपचार

डॉक्टर ने स्पष्ट किया है कि मेरी ..... (रोगी का नाम) ..... आंख में ..... है और यह कि ..... प्रस्तावित है :

## जोखिम

कुछ सामान्य जोखिम हैं। दूसरे असामान्य जोखिम भी हो सकते हैं, जिन्हें कि यहां पर सूचीबद्ध नहीं किया गया है।

मैं समझता हूँ कि किसी भी संवेदनाहारी कारक के साथ जोखिम जुड़े हुए होते हैं।

मुझे उपयोग में लायी गयी दवाओं में से किसी के भी कारण पार्श्व-प्रभाव उत्पन्न हो सकते हैं। आम पार्श्व-प्रभावों में चक्कर आना, मितली, त्वचा पर ददोरे और कब्ज शामिल है।

मैं समझता हूँ कि चिकित्सकीय प्रक्रिया के निम्नलिखित खास जोखिम और सीमाएं हैं :

1. सर्जरी के प्रयोजन को पूरा करने में विफलता
2. रेटिना का अलगाव जिसके लिए अतिरिक्त सर्जरी की आवश्यकता पड़ सकती है या हो सकता है कि उसका ऑपरेशन ही न किया जा सके।
3. सर्जरी के आधार पर टैम्पोनेड के लिए सिलिकॉन ऑयल या गैस की आवश्यकता पड़ सकती है।
4. सिलिकॉन ऑयल या गैस इंजेक्शन की दशा में मुझे सर्जरी के आधार पर स्थिति को बनाये रखना है।
5. अगर गैस का इंजेक्शन दिया जाता है तो मुझे उस समय तक हवाई यात्रा से बचना होगी जब तक कि गैस अवशोषित नहीं हो जाती।
6. अगर सिलिकॉन ऑयल का इंजेक्शन दिया जाता है तो तेल को निकालने के लिए दोबारा सर्जरी आवश्यक होगी।
7. सर्जरी के अंतिम परिणाम का पता चलने में 18 महीनों तक का समय लग सकता है।
8. कुछ मामलों में अंतरनिहित दशा का उपचार नहीं हो सकता और दृष्टिहीनता को रोका नहीं जा सकता।
9. किन मामलों में अच्छे परिणाम आएंगे इनका ऑपरेशन से पहले अनुमान लगाना हो सकता है कि संभव नहीं हो।
10. इस बात का खतरा होता है कि मुझे भविष्य में उसी आंख में या दूसरी वाली में रेटिना का आगे भी अलगाव विकसित हो जाये।
11. कुछ मामलों में, एक से अधिक ऑपरेशन की जरूरत पड़ सकती है।
12. हालांकि मुश्किल से ही ऐसा होता है लेकिन मेरे भीतर वाइटरिस रक्तस्राव, संक्रमण, आंख का ऊंचा दबाव (ग्लूकोमा), कॉर्नील की खराबियों के घाव के मुश्किल से भरने या नहीं भरने, कॉर्नील क्लाउडिंग और स्कैरिंग, मोतियाबिंद, जिसके लिए लेंसों को अंततः या फौरन निकालने की जरूरत पड़ सकती है, डबल विजन, पलकों के लटकना और आंखों के महत्वपूर्ण ऊतकों में परिसंचरण के नहीं होने जैसी जटिलताएं विकसित हो सकती हैं, जिसके फलस्वरूप नजर में कमी या उसका खात्मा हो सकता है।

इस बात का बहुत ही कम जोखिम (1:17000 मामले) होता है कि जिस आंख की सर्जरी की गयी है उसके बगल वाली आंख लाल हो सकती है, विशेषकर उस समय जबकि जटिलताएं ऑपरेशन के बाद पैदा होती हैं। इसे सिम्पैथेटिक आर्थेल्मिया कहा जाता है। हालांकि इसका उपचार किया जा सकता है पर कुछ मामलों में आंखों की दृष्टि जा सकती है।

मैं समझता हूँ कि ऊपर बताये गये जोखिमों में से कुछ के आसार उस समय ज्यादा होते हैं जबकि मैं धूम्रपान करता हूँ, मेरा वजन ज्यादा है, मधुमेह से पीड़ित हूँ, उच्च रक्तचाप है या पहले दिल की बीमारी हो चुकी है।

## व्यक्तिगत जोखिम

मैं समझता हूँ कि विशेष रूप से मेरी परिस्थितियों से जुड़े संभावित महत्वपूर्ण जोखिम और जटिलताएं निम्नलिखित हैं, जिन पर कि मैंने इस ऑपरेशन को करवाने का निर्णय करते समय विचार किया है :

.....  
.....

## रोगी द्वारा घोषणा

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि नेत्र विशेषज्ञों की टीम के डॉक्टरों ने चिकित्सकीय प्रक्रिया, वैकल्पिक उपचारों के बारे में मुझे जानकारी प्रदान की है और इस मामले में मेरे विशिष्ट प्रश्नों और चिंताओं का जवाब दिया है।

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि मैंने सर्जरी करने वाले डॉक्टरों की टीम के साथ किन्हीं महत्वपूर्ण जोखिमों और अपनी व्यक्तिगत परिस्थितियों के लिए खास जटिलताओं पर चर्चा की है, जिन पर कि मैंने इस ऑपरेशन को करवाते समय विचार किया है।

मैं ऐसी अन्य कार्यविधियों को अपनाए जाने पर सहमत हूँ जो कि इस ऑपरेशन के दौरान मेरे सर्जन की राय में आवश्यक होंगी।

मैं अस्पताल के अधिकारियों द्वारा ऐसी किन्हीं भी उतकों के निपटान के लिए सहमत हूँ जिन्हें कि कार्यविधि के दौरान निकाला जा सकता है। मैं समझता हूँ कि कुछ उतकों और नमूनों को अस्पताल के मेरे रिकार्डों के हिस्से के रूप में रखा जा सकता है।

ऑपरेशन सफल ही होगा इसकी मुझे कोई गारंटी नहीं दी गयी है।

मुझे घर ले जाने के लिए इस प्रपत्र की एक प्रति प्राप्त हुई है।

अगर किसी चीड़-फाड़ के दौरान स्टाफ को सुई या धारदार औजार से चोट आती है तो मैं एचआईवी और रक्त से होने वाले दूसरे विकारों के लिए रक्त लेने और उसका परीक्षण करने की अनुमति प्रदान करता हूँ।

मैं समझता हूँ कि ऑपरेशन के बाद आवश्यकता पड़ने पर जैसे ही मुमकिन होगा मुझे सलाह और परामर्श प्रदान किया जाएगा।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Macular Hole Surgery

*Ritesh Gupta*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Indications and Benefits

Your doctor has diagnosed you with macular hole and informed you that if it is left untreated, it is likely that you will have gradual central vision deterioration but you will not lose all of the vision in your eye.

Your doctor has informed you that a procedure involving pars plana vitrectomy with/without internal limiting membrane removal and gas injection will be performed in your eye under local/general anesthesia. The important factors in predicting whether the hole closes as a result of surgery is the duration for which the hole has been present and the size of the hole. The success rate for holes that have been present for less than six months is about 90%. However, this reduces to around 60% for a hole which has been present for a year or more. Your doctor has told you that a successful macular hole closure does not guarantee complete visual recovery and that a 2-line improvement is usually the measure of success of the surgery. You have been told that postoperative positioning also has an important role to play for closure of macular hole and that a good majority of the failures stem from incomplete and inconsistent postoperative positioning.

## Complications

As with any surgical procedure, there are risks associated with macular hole surgery. Not every conceivable complication can be covered in this form but the following are examples of risk encountered with macular hole surgery. These complications can occur days, weeks, months, or years later. They can result in loss of vision or blindness. Careful follow-up is required after surgery.

### Complications of the surgery

1. Failure to accomplish closure of the hole(10-40% depending primarily on the duration and size)
2. Retinal detachments that may require additional surgery or may be inoperable (1-2%)
3. Vitreous hemorrhage
4. Infection (0.02%-0.1%)
5. Elevated eye pressure (glaucoma)
6. Cataract, which might require eventual or immediate removal of lens
7. Poorly healing or non-healing corneal defects
8. Corneal clouding and scarring

### Complications of anesthesia injections around the eye

1. Perforation of eyeball
2. Needle damage to the optic nerve, which could destroy vision
3. Retrobulbar hemorrhage
4. Possible drooping of eyelid
5. Systemic effects that have the potential for life-threatening complications and death

## Patient Consent

In spite of the risks noted above, I understand that there is more risk to my vision if I do not have the operation than if I do. I have read and understand the consent form, I have had my questions answered, and I authorize my surgeon to proceed with the operation on my ..... (indicate "right" or "left" eye).

---

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# मैकुलर होल सर्जरी

रितेश गुप्ता

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## सुझाव और लाभ

आपके डॉक्टर की जांच के अनुसार आपकी आंख में मैकुलर छेद है और आपको बताया है कि अगर इसका इलाज नहीं किया गया तो इस बात के आसार हैं कि आपकी मध्यवर्ती नजर धीरे-धीरे खराब होती जाएगी लेकिन आपकी आंख की पूरी रोशनी नहीं जाएगी। आपके डॉक्टर ने आपको बताया है कि स्थानिक/पूरी बेहोशी की स्थिति में आपकी आंख में आंतरिक रूप से सीमित करने वाली झिल्ली निकासी और गैस इंजेक्शन के साथ/के बिना पार्स प्लाना विटरेक्टोमी से जुड़ी क्रियाविधि अपनायी जाएगी। क्या सर्जरी के फलस्वरूप छेद बंद हो जाएगा इसका पूर्वानुमान लगाने में महत्वपूर्ण कारक छेद के मौजूद रहने की अवधि और छेद का आकार है। छह महीनों से कम समय समय से मौजूद रहने वाले छेदों के लिए सफलता की दर लगभग 90 प्रतिशत है। फिर भी, एक साल या अधिक से मौजूद रहने वाले छेद के लिए यह घटकर लगभग 60 प्रतिशत हो जाती है। आपके डॉक्टर ने आपको बताया है कि मैकुलर छेद का सफलतापूर्वक बंद होना दृष्टि की पूर्णरूपेण भरपाई की गारंटी नहीं करता और यह कि 2-लाइन सुधार प्रायः सर्जरी की सफलता का पैमाना होता है। आपको बताया गया है कि ऑपरेशन के बाद का स्थापन भी मैकुलर के छेद को बंद करने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करता है और विफलताओं के काफी बड़े हिस्से का कारण ऑपरेशन के बाद का अधूरा और असंगत स्थापन होता है।

## जटिलताएं

शल्यक्रिया से जुड़ी किसी भी कार्यविधि की भांति ही मैकुलर छेद की सर्जरी से भी जोखिम जुड़े हुए होते हैं। इस रूप में हरेक कल्पनीय जटिलता को शामिल नहीं किया जा सकता लेकिन मैकुलर छेद सर्जरी से जुड़े जोखिमों के उदाहरण निम्नलिखित हैं। ये जटिलताएं दिनों, हफ्तों, महीनों या सालों बाद पैदा हो सकती हैं। इनकी वजह से दृष्टि का चले जाना या अंधापन पैदा हो सकता है। सर्जरी के बाद सावधानी भरे फॉलो-अप की जरूरत होती है।

## सर्जरी की जटिलताएं

1. छेद की बंदी को पूरा करने में विफलता (10-40 प्रतिशत मुख्यतया अवधि और आकार पर निर्भर)
2. रेटिना का अलगाव जिसके लिए अतिरिक्त सर्जरी की जरूरत पड़ सकती है या हो सकता है कि उसका ऑपरेशन ही न हो पाये (1-2 प्रतिशत)
3. विटरिअस रक्तस्राव
4. संक्रमण (0.02 प्रतिशत-0.1 प्रतिशत)
5. आंख का बढ़ा हुआ दबाव (ग्लूकोमा)
6. मोतियाबिंद, जो कि लेंसों की अंततः या फौरन निकासी को आवश्यक बना सकता है
7. कॉर्नील की खराबियों का बहुत ही धीमे ठीक होना या नहीं ठीक होना
8. कॉर्नील क्लाउडिंग या स्कैरिंग

आंखों के इर्दगिर्द संवेदनाहारी इंजेक्शनों की जटिलताएं

1. नेत्रगोलक का खेद
2. प्रकाशिक नस को सुई से क्षति, जो कि दृष्टि को नष्ट कर देती है
3. रेट्रोबुलबार रक्तस्राव
4. पलकों की संभव झूपिंग
5. सर्वांगी प्रभाव जिसमें कि जीवन को खतरे में डालने वाली जटिलताओं और मौत की संभाव्यता होती है

## रोगी की सहमति

ऊपर बताये गये जोखिमों के बावजूद, मैं समझता हूँ कि अगर मैं ऑपरेशन नहीं करवाता हूँ तो मेरी दृष्टि को और भी अधिक खतरा है। मैंने सहमति प्रपत्र को पढ़ और समझ लिया है, मेरे प्रश्नों के उत्तर दिये जा चुके हैं, और मैं अपने सर्जन को अपनी ..... ("दायीं" या "बायीं" आंख सुझाएं) का ऑपरेशन करने के लिए आगे बढ़ने हेतु अधिकृत करता हूँ।

---

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Avastin™ Intraivtreal Injection

Zahir Abbas, Gunjan Prakash

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Possible Benefits and “Off-Label” Status

Avastin™ was not initially developed to treat your eye condition. Based upon the results of clinical trials that demonstrated its safety and effectiveness, Avastin™ was approved by the Food and Drug Administration (FDA) for the treatment of metastatic colorectal cancer. Once a device or medication is approved by the FDA, physicians may use it “off-label” for other purposes if they are well-informed about the product, base its use on firm scientific method and sound medical evidence, and maintain records of its use and effects. Ophthalmologists are using Avastin™ “off-label” to treat AMD and similar conditions since research indicates that VEGF is one of the causes for the growth of the abnormal vessels that cause these conditions. Some patients treated with Avastin™ had less fluid and more normal-appearing maculas, and their vision improved. Avastin™ is also used, therefore, to treat macular edema, or swelling of the macula. Recently, a medication similar in function and designed for intravitreal administration was approved by the FDA for the treatment of AMD.

## Possible Limitations

The goal of treatment is to prevent further loss of vision. Although some patients have regained vision, the medication may not restore vision that has already been lost, and may not ultimately prevent further loss of vision caused by the disease.

## Alternatives

You do not have to receive treatment for your condition, although without treatment, these diseases can lead to further vision loss and blindness, sometimes very quickly. Other forms of treatment are available. At present, there are three FDA-approved treatments for neovascular age-related macular degeneration. The first two are photodynamic therapy with a drug called Visudyne™ and injection into the eye of a drug called Macugen™. The third medication, Lucentis™ is similar to Avastin™. In addition to the FDA-approved medications, some ophthalmologists use intravitreal triamcinolone — “off-label” to treat eye conditions like yours.

## Complications when Avastin™ is given to patients with cancer

When Avastin™ is given to patients with metastatic colorectal cancer, some patients experienced gastrointestinal perforations or wound healing complications, hemorrhage, arterial thromboembolic events (such as stroke or heart attack), hypertension, proteinuria, and congestive heart failure. Patients who experienced these complications not only had metastatic colon cancer, but were also given 400 times the dose you will be given, at more frequent intervals, and in a way (through an intravenous infusion) that spread the drug throughout their bodies.

## Risk when Avastin™ is given to treat patients with eye conditions

The risk of these complications for patients with eye conditions is low. Patients receiving Avastin™ for eye conditions are healthier than the cancer patients, and receive a significantly small dose, delivered only to the cavity of their eye. While there are no FDA-approved studies about the use of Avastin™ in the eye that prove it is safe and effective, Lucentis™, a similar drug, was recently approved for AMD. One study of patients who received Avastin™ through an intravenous infusion reported only a mild elevation in blood pressure. Another study of patients treated like you will be with *intravitreal Avastin™* did not have these elevations or the other serious problems seen in the patients with cancer. However, the benefits and risks of intravitreal Avastin™ for eye conditions are not yet fully known. In addition, whenever a medication is used in a large number of patients, a small number of coincidental life-threatening problems may occur that have no relationship to the treatment. For example, patients with diabetes are already at increased risk for heart attacks and strokes. If one of these patients being treated with Avastin™ suffers a heart attack or stroke, it may be caused by the diabetes and not the Avastin™ treatment.

## Known risks of intravitreal eye injections

*Your condition may not get better or may become worse. Any or all of these complications may cause decreased vision and/or have a*

*possibility of causing blindness.* Additional procedures may be needed to treat these complications. Possible complications and side effects of the procedure and administration of Avastin™ include but are not limited to retinal detachment, cataract formation, glaucoma, hypotony (reduced pressure in the eye), damage to the retina or cornea, and bleeding. There is also the possibility of an eye infection (endophthalmitis). Any of these rare complications may lead to severe, permanent loss of vision.

### **Patient Responsibilities**

I will immediately contact my doctor if any of the following signs of infection or other complications develop : pain, blurry or decreased vision, sensitivity to light, redness of the eye, or discharge from the eye. I will keep all post-injection appointments so my doctor can check for complications.

Although the likelihood of serious complications affecting other organs of my body is low, I will immediately contact my **physician** if I experience abdominal pain associated with constipation & vomiting, abnormal bleeding, chest pain, severe headache, slurred speech, or weakness on one side of the body. As soon as possible, I will also notify the treating ophthalmologist of these problems.

I will inform **any other surgeon** that I am on a medication that needs to be stopped before I can have surgery.

### **Patient Consent**

The above explanation has been read by/to me. The nature of my eye condition has been explained to me and the proposed treatment has been described. The risks, benefits, alternatives, and limitations of the treatment have been discussed with me. All my questions have been answered.

I understand that Avastin™ was approved by the FDA for the treatment of metastatic colorectal cancer, and has not been approved for the treatment of eye conditions. Nevertheless, I wish to be treated with Avastin™, and I am willing to accept the potential risks that my physician has discussed with me. I hereby authorize the treating eye-surgeon to administer the intravitreal Avastin™ in my affected eye as needed. This consent will be valid until I revoke it or my condition changes to the point that the risks and benefits of this medication for me are significantly different.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

### **Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

#### **Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

#### **Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# अवास्टिन<sup>टीएम</sup> इंट्रेक्ट्रियल इंजेक्शन

जहीर अब्बास, गुंजन प्रकाश

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## संभावित लाभ और “आफ-लेबल” स्थिति

अवास्टिन<sup>टीएम</sup> को शुरू-शुरू में आपकी आंख की दशा को ठीक करने के लिए नहीं विकसित किया गया था। इसकी सुरक्षा और प्रभाविता को प्रदर्शित करने वाले चिकित्सकीय परीक्षणों के परिणामों के आधार पर अवास्टिन<sup>टीएम</sup> को मेटास्टेटिक कोलोरेक्टल कैंसर के उपचार के लिए खाद्य एवं औषधि प्रशासन (एफडीए) की मंजूरी प्राप्त हुई। एक बार जब किसी ड्रिग या दवा को एफडीए की मंजूरी मिल जाती है तो डॉक्टर अगर उत्पाद के बारे में पूरी जानकारी रखते हैं तो वे अन्य उद्देश्यों के लिए उसका “आफ-लेबल” उपयोग कर सकते हैं, उसके उपयोग को दृढ़ वैज्ञानिक तरीके और ठोस चिकित्सकीय साक्ष्य पर आधारित कर सकते हैं और उसके उपयोग और प्रभावों के रिकार्डों को बनाये रख सकते हैं। नेत्र विशेषज्ञ एएमडी और समान दशाओं के उपचार के लिए अवास्टिन<sup>टीएम</sup> “आफ लेबल” का उपयोग कर रहे हैं क्योंकि अनुसंधान बताते हैं कि वीईजीएफ असामान्य नसों के विकास के कारणों में से एक है जो कि इन दशाओं को उत्पन्न करते हैं। अवास्टिन<sup>टीएम</sup> से उपचार पाने वाले रोगियों में कम तरल पदार्थ और ज्यादा सामान्य दिखने वाले मैकुले थे और उनकी दृष्टि सुधरी हुई थी। लिहाजा, अवास्टिन<sup>टीएम</sup> का उपयोग मैकुलर एडिमा या मैकुला की सूजन को ठीक करने के लिए भी किया जाता है। हाल ही में, प्रकार्य में एक समान और इंटरविट्रियल प्रबंध के लिए तैयार की गयी दवा को एएमडी के उपचार के लिए एफडीए द्वारा मंजूरी प्रदान की गयी।

## संभावित सीमाएं

उपचार का लक्ष्य दृष्टि की और अधिक हानि को रोकना है। हालांकि कुछ रोगियों ने दृष्टि को फिर से प्राप्त किया है पर हो सकता है कि दवा उस दृष्टि को बहाल नहीं कर पाये जो कि पहले ही जा चुकी है और बीमारी के कारण आगे दृष्टि के जाने को अंततः नहीं रोक पाये।

## विकल्प

आप अपनी दशा का उपचार नहीं भी करवा सकते हैं, हालांकि उपचार के बिना ये बीमारियां दृष्टि की और भी हानि और अंधेपन की ओर ले जाएंगी, कई बार बहुत ही जल्दी। उपचार के दूसरे रूप उपलब्ध हैं। वर्तमान में, नियोजित उपचार उम्र से जुड़े मैकुलर विकार के लिए एफडीए से मंजूरी प्राप्त तीन उपचार हैं। प्रथम दो विसुडाइन<sup>टीएम</sup> नामक दवा के साथ फोटोडायनामिक उपचार और मैकुजेन<sup>टीएम</sup> नामक दवा का आंख में इंजेक्शन हैं। तीसरी दवा, लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> अवास्टिन<sup>टीएम</sup> के समान होती है। एफडीए से मंजूरी प्राप्त दवाओं के अतिरिक्त कुछ नेत्र-विशेषज्ञ आपकी तरह की आंखों की दशाओं के उपचार के लिए इंटरविट्रियल ट्रियामसिनोलान – “आफ-लेबल” को उपयोग में लाते हैं।

## कैंसर के रोगियों को अवास्टिन टीएम दिये जाने पर उत्पन्न होने वाली जटिलताएं

जब मेटास्टेटिक कोलोरेक्टल कैंसर वाले रोगियों को अवास्टिन<sup>टीएम</sup> दी गयी तो कुछ रोगियों ने जठरांत्रिय छेदों या घाव भरने में परेशानियों, धमनीय थ्रोम्बोएम्बोलिक घटनाओं (जैसे कि दौरा या हृदयाघात), उच्च रक्तचाप, प्रोटीनुरिया और कांजेस्टिव हार्ट फेल्योर का सामना किया। इन परेशानियों को महसूस करने वाले रोगियों को न केवल मेटास्टेटिक कोलोरेक्टल कैंसर था बल्कि उन्हें आपके मुकाबले 400 गुना खुराक ज्यादा नियमित अंतरालों पर और इस प्रकार से (अंतःशिरा में द्रव को डालने के जरिये) दी गयी थी जिसने कि उनके पूरे शरीर में दवा को फैला दिया था।

## आंख की बीमारियों वाले रोगियों के उपचार के लिए अवास्टिन टीएम को दिये जाने के समय के जोखिम

आंख की बीमारी वाले रोगियों के लिए इन परेशानियों के जोखिम कम हैं। आंखों की बीमारियों के लिए अवास्टिन<sup>टीएम</sup> प्राप्त करने वाले रोगी कैंसर रोगियों के मुकाबले ज्यादा स्वस्थ होते हैं और केवल उनकी आंखों की केविटी में डाली जाने वाली उल्लेखनीय रूप से कम मात्रा प्राप्त करते हैं। जहां आंखों में अवास्टिन<sup>टीएम</sup> के उपयोग के बारे में एफडीए से मंजूरी प्राप्त ऐसे कोई अध्ययन नहीं हैं जो कि यह साबित करते हों कि यह सुरक्षित और प्रभावी है, वहीं इसी प्रकार की दवा लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> को हाल ही में एएमडी के लिए मंजूरी प्रदान की गयी। नस के अंदर द्रव डालकर अवास्टिन<sup>टीएम</sup> प्राप्त करने वाले रोगियों के एक अध्ययन में केवल रक्तचाप में हल्की वृद्धि देखी गयी। आपकी तरह इंटरविट्रियल अवास्टिन<sup>टीएम</sup> से उपचार पाने वाले रोगियों के एक दूसरे अध्ययन में इन वृद्धियों या अन्य गंभीर समस्याओं को नहीं देखा गया है जिन्हें कि कैंसर के रोगियों में देखा गया था। फिर भी, आंख की बीमारियों के लिए इंटरविट्रियल अवास्टिन<sup>टीएम</sup> के लाभों और जोखिमों का अभी पूरी तरह से पता नहीं चला है। इसके अतिरिक्त, जब रोगियों की बड़ी संख्या में दवा का उपयोग किया जाता है तो एक छोटी संख्या में जानलेवा समस्याओं का संयोग पैदा हो सकता है जिसका कि उपचार के साथ कोई रिश्ता नहीं होता है। उदाहरण के लिए मधुमेह को रोगियों को दिल के दौरों या आघात का जोखिम पहले से ही बढ़ा हुआ होता है। अगर अवास्टिन<sup>टीएम</sup> से उपचार पा रहे रोगियों में से कोई दिल के दौरों या आघात से त्रस्त होता है तो हो सकता है कि उसका कारण मधुमेह हो न कि अवास्टिन<sup>टीएम</sup> के साथ उपचार।

## आंखों के इंटरविट्रियल इंजेक्शनों के ज्ञात जोखिम

आपकी बीमारी में हो सकता है कि सुधार नहीं आये या वह बदतर हो सकती है। इन परेशानियों में से कोई या सभी घटी हुई दृष्टि और/या अंधत्व पैदा करने

की संभावना का कारण बन सकती हैं। इन परेशानियों का उपचार करने के लिए अतिरिक्त कार्यविधियों की जरूरत पड़ सकती है। कार्यविधि और अवास्टिन<sup>टीएम</sup> के सेवन की संभव परेशानियों और पार्श्व-प्रभावों में रेटिना का अलग होना, मोतियाबिंद का विकास, ग्लूकोमा, हाइपोटोनी (आंखों में घटा हुआ दबाव), रेटिना या कार्निया को क्षति और रक्तस्राव शामिल हैं लेकिन वे इन्हीं तक सीमित नहीं हैं। इसके अलावा आंखों में संक्रमण (एंडोथेलमिटिस) की भी संभावना होती है। इन विरल परेशानियों में से कोई भी दृष्टि की भारी, स्थायी हानि को जन्म दे सकती है।

## रोगी की जिम्मेदारियां

अगर संक्रमण के निम्नलिखित में से कोई भी लक्षण या अन्य परेशानियां विकसित होती हैं तो मैं फौरन अपने डॉक्टर से संपर्क करूंगा : दर्द, धुंधली या घटी हुई दृष्टि, प्रकाश के प्रति संवेदनशीलता, आंखों की लाली या आंखों से पानी बहना। मैं इंजेक्शन के बाद के मुलाकात के सभी समय पर हाजिर रहूंगा ताकि मेरा डॉक्टर परेशानियों की जांच कर सके। हालांकि मेरे शरीर के दूसरे अंगों को प्रभावित करने वाली गंभीर परेशानियों की संभावना कम है, पर अगर मैं कब्ज एवं उल्टी से जुड़े पेट दर्द, असामान्य रक्तस्राव, छाती में दर्द, बहुत अधिक सिरदर्द, आवाज का लड़खड़ाना या शरीर की एक तरफ कमजोरी को महसूस करता हूं तो फौरन अपने डॉक्टर से संपर्क करूंगा। जितनी जल्दी संभव हो सकेगा मैं अपना उपचार कर रहे नेत्र विशेषज्ञ को इन समस्याओं के बारे में बताऊंगा। मैं किसी दूसरे सर्जन को सूचित करूंगा कि मेरी दवाई चल रही है जिसे कि रोकने की जरूरत है ताकि मेरी सर्जरी हो सके।

## रोगी की सहमति

उपर्युक्त स्पष्टीकरण को मेरे द्वारा पढ़ लिया गया है। मेरी आंख की अवस्था की प्रकृति मुझे बता दी गयी है और प्रस्तावित उपचार का वर्णित कर दिया गया है। मेरे साथ उपचार के जोखिमों, लाभों, विकल्पों और सीमाओं की चर्चा की गयी है। मेरे सभी प्रश्नों का उत्तर दे दिया गया है।

मैं समझता हूं कि अवास्टिन<sup>टीएम</sup> को मेटास्टेटिक कोलोरेक्टल कैंसर के उपचार के लिए एफडीए द्वारा मंजूरी प्रदान की गयी है और आंख की बीमारियों के उपचार के लिए इसे मंजूर नहीं किया गया है। फिर भी, मैं अवास्टिन<sup>टीएम</sup> से उपचार पाना चाहता हूं और मैं उन संभाव्य जोखिमों को स्वीकार करने के लिए इच्छुक हूं जिनकी कि मेरे डॉक्टर ने मेरे साथ चर्चा की है। इसके द्वारा मैं उपचार कर रहे नेत्र सर्जन को अपनी प्रभावित आंख में जरूरत के अनुसार इंद्राविरियल अवास्टिन<sup>टीएम</sup> को उपयोग में लाने के लिए अधिकृत करता हूं। यह अनुमति मेरे द्वारा इसे रद्द किये जाने या मेरी अवस्थाओं के उस हद तक परिवर्तित होने तक वैध रहेगी जबकि मेरे लिए औषधि के जोखिम और लाभ उल्लेखनीय रूप से भिन्न न हो जायें।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूं कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Macugen™ Intravitreal Injection

*Aparna Gupta*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Indications

Macugen is used to treat adults with an eye problem called the wet form (neovascular) of age-related macular degeneration. Macular degeneration causes vision loss leading to blindness.

## Contraindications

Do not use Macugen if you have an infection in or around your eye

## Possible Limitations

The goal of treatment is to prevent further loss of vision. Although some patients have regained vision, the medication may not restore vision that has already been lost, and may not ultimately prevent further loss of vision caused by the disease.

## Alternatives

You do not have to receive treatment for your condition, although without treatment, these diseases can lead to further vision loss and blindness, sometimes very quickly. Other forms of treatment are available. At present, there are three FDA-approved treatments for neovascular age-related macular degeneration. The first is photodynamic therapy with a drug called Visudyne™. The other two are injection into the eye of Macugen™, and Lucentis™. In addition to the FDA-approved medications, some ophthalmologists use intravitreal Avastin™ and triamcinolone —”off-label” to treat eye conditions like yours.

## Side Effects

The most common side effects with Macugen include:

1. inflammation of the eye
2. blurred vision or changes in vision
3. cataracts
4. bleeding in the eye
5. swelling of the eye
6. eye discharge
7. irritation or discomfort of the eye
8. eye pain
9. seeing “spots” in your vision

## Patient Responsibilities

I will inform my doctor if I’m pregnant, planning to conceive or breast feeding.

I will immediately contact my doctor if any of the following signs of infection or other complications develop:pain, blurry or decreased vision, sensitivity to light, redness of the eye, or discharge from the eye. I will keep all my post-injection appointments so that my doctor can check for complications.

Although the likelihood of serious complications affecting other organs of my body is low, I will immediately contact my **physician** if I experience abdominal pain associated with constipation & vomiting, abnormal bleeding, chest pain, severe headache, slurred speech, or weakness on one side of the body. As soon as possible, I will also notify the treating ophthalmologist of these problems.

---

I will inform **any other surgeon** that I am on a medication that needs to be stopped before I can have surgery

**Patient Consent**

The above explanation has been read by/to me. The nature of my eye condition has been explained to me and the proposed treatment has been described. The risks, benefits, alternatives, and limitations of the treatment have been discussed with me. All my questions have been answered.

I understand that Macugen™ was approved by the FDA for the treatment of metastatic colorectal cancer, and has not been approved for the treatment of eye conditions. Nevertheless, I wish to be treated with Macugen™, and I am willing to accept the potential risks that my physician has discussed with me. I hereby authorize the treating eye-surgeon to administer the intravitreal Macugen™ in my affected eye as needed. This consent will be valid until I revoke it or my condition changes to the point that the risks and benefits of this medication for me are significantly different.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# मैकुजेन<sup>टीएम</sup> इंद्राविरियल इंजेक्शन

अपर्णा गुप्ता

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## सुझाव

मैकुजेन का उपयोग उम्र से जुड़े मैकुलर विकार के गीले रूप (नियोवैस्कूलर) कही जाने वाली आंख की समस्या वाले वयस्कों के उपचार के लिए किया जाता है। मैकुलर विकार अंधेपन की ओर ले जाने वाली दृष्टि की हानि को उत्पन्न करता है।

## नुकसानदेह असर

अगर आपकी आंख या उसके आसपास संक्रमण है तो मैकुजेन का उपयोग नहीं करें।

## संभावित सीमाएं

उपचार का लक्ष्य दृष्टि को आगे और हानि होने से रोकना है। हालांकि कुछ लोगों ने दृष्टि पुनः प्राप्त की है पर हो सकता है कि दवाई पहले ही जा चुकी दृष्टि को फिर से बहाल नहीं करे और यह भी संभव है कि बीमारी के कारण दृष्टि की आगे की हानि को भी अंततः नहीं रोक पाये।

## विकल्प

आप अपनी दशा का उपचार नहीं भी करवा सकते हैं, हालांकि उपचार के बिना ये बीमारियां दृष्टि की और भी हानि और अंधेपन की ओर ले जाएंगी, कई बार बहुत ही जल्दी। उपचार के दूसरे रूप उपलब्ध हैं। वर्तमान में, नियोवैस्कूलर उम्र से जुड़े मैकुलर विकार के लिए एफडीए से मंजूरी प्राप्त तीन उपचार हैं। पहला विसुडाइन<sup>टीएम</sup> नामक दवा के साथ फोटोडायानमिक उपचार है। अन्य दो मैकुजेन<sup>टीएम</sup> और लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> के आंख के इंजेक्शन हैं। एफडीए से मंजूरी प्राप्त दवाओं के अतिरिक्त कुछ नेत्र-विशेषज्ञ आपकी तरह की आंखों की दशाओं के उपचार के लिए इंद्राविरियल अवास्टिन<sup>टीएम</sup> और ट्रियामसिनोलोन – “आफ-लेबल” को उपयोग में लाते हैं।

## पार्श्व-प्रभाव

मैकुजेन के साथ सर्वाधिक आम पार्श्व प्रभावों में शामिल हैं :

1. आंखों की जलन
2. धुंधली दृष्टि या दृष्टि में परिवर्तन
3. मोतियाबिंद
4. आंखों में रक्तस्राव
5. आंखों में सूजन
6. आंख से पानी बहना
7. आंख में जलन या पीड़ा
8. आंखों का दर्द
9. आपकी दृष्टि में “धब्बों” का दिखना

## रोगी की जिम्मेदारियां

अगर मैं गर्भवती हूं, गर्भ धारण करने की योजना बना रही हूं या स्तनपान करा रही हूं तो अपने डॉक्टर को सूचित करूंगी।

अगर संक्रमण के निम्नलिखित में से कोई भी लक्षण या अन्य परेशानियां विकसित होती हैं तो मैं फौरन अपने डॉक्टर से संपर्क करूंगा : दर्द, धुंधली या घटी हुई दृष्टि, प्रकाश के प्रति संवेदनशीलता, आंखों की लाली या आंखों से पानी बहना। मैं इंजेक्शन के बाद के मुलाकात के सभी समय पर हाजिर रहूंगा ताकि मेरा डॉक्टर परेशानियों की जांच कर सके। हालांकि मेरे शरीर के दूसरे अंगों को प्रभावित करने वाली गंभीर परेशानियों की संभावना कम है, पर अगर मैं कब्ज एवं उल्टी से जुड़े पेट दर्द, असामान्य रक्तस्राव, छाती में दर्द, बहुत अधिक सिरदर्द, आवाज का लड़खड़ाना या शरीर की एक तरफ कमजोरी को महसूस करता हूं तो फौरन अपने डॉक्टर से संपर्क करूंगा। जितनी जल्दी संभव हो सकेगा मैं अपना उपचार कर रहे नेत्र विशेषज्ञ को इन समस्याओं के बारे में बताऊंगा।

मैं किसी दूसरे सर्जन को सूचित करूंगा कि मेरी दवाई चल रही है जिसे कि रोकने की जरूरत है ताकि मेरी सर्जरी हो सके।

### रोगी की सहमति

उपर्युक्त स्पष्टीकरण को मेरे द्वारा पढ़ लिया गया है। मेरी आंख की अवस्था की प्रकृति मुझे बता दी गयी है और प्रस्तावित उपचार का वर्णित कर दिया गया है। मेरे साथ उपचार के जोखिमों, लाभों, विकल्पों और सीमाओं की चर्चा की गयी है। मेरे सभी प्रश्नों का उत्तर दे दिया गया है।

मैं समझता हूँ कि मैकुजेन<sup>टीएम</sup> को मेटास्टेटिक कोलोरेक्टल कैंसर के उपचार के लिए एफडीए द्वारा मंजूरी प्रदान की गयी है और आंख की बीमारियों के उपचार के लिए इसे मंजूर नहीं किया गया है। फिर भी, मैं मैकुजेन<sup>टीएम</sup> से उपचार पाना चाहता हूँ और मैं उन संभाव्य जोखिमों को स्वीकार करने के लिए इच्छुक हूँ जिनकी कि मेरे डॉक्टर ने मेरे साथ चर्चा की है। इसके द्वारा मैं उपचार कर रहे नेत्र सर्जन को अपनी प्रभावित आंख में जरूरत के अनुसार इंट्राविटरियल मैकुजेन<sup>टीएम</sup> को उपयोग में लाने के लिए अधिकृत करता हूँ। यह अनुमति मेरे द्वारा इसे रद्द किये जाने या मेरी अवस्थाओं के उस हद तक परिवर्तित होने तक वैध रहेगी जबकि मेरे लिए औषधि के जोखिम और लाभ उल्लेखनीय रूप से भिन्न न हो जायें।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Lucentis™ Intravitreal Injection

*Aparna Gupta*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Indications

Lucentis is used to treat adults with an eye problem called the wet form (neovascular) of age-related macular degeneration. Macular degeneration causes vision loss leading to blindness.

## Contraindications

Do not use Lucentis if you have an infection in or around your eye

## Possible Limitations

The goal of treatment is to prevent further loss of vision. Although some patients have regained vision, the medication may not restore vision that has already been lost, and may not ultimately prevent further loss of vision caused by the disease.

## Alternatives

You do not have to receive treatment for your condition, although without treatment, these diseases can lead to further vision loss and blindness, sometimes very quickly. Other forms of treatment are available. At present, there are three FDA-approved treatments for neovascular age-related macular degeneration. The first is photodynamic therapy with a drug called Visudyne™. The other two are injection into the eye of Lucentis™, and Macugen™. In addition to the FDA-approved medications, some ophthalmologists use intravitreal Avastin™ and triamcinolone —”off-label” to treat eye conditions like yours.

## Side Effects

The most common side effects with Lucentis include:

1. Inflammation of the eye
2. Blurred vision or changes in vision
3. Cataracts
4. Bleeding in the eye
5. Swelling of the eye
6. Eye discharge
7. Irritation or discomfort of the eye
8. Eye pain
9. Seeing “spots” in your vision
10. The most common non-eye-related side effects were high blood pressure, nose and throat infection, and headache.
11. Although uncommon, conditions associated with eye- and non-eye-related blood clots (arterial thromboembolic events) may occur.

## Patient Responsibilities

I will inform my doctor if I’m pregnant, planning to conceive or breast feeding.

I will immediately contact my doctor if any of the following signs of infection or other complications develops: pain, blurry or decreased vision, sensitivity to light, redness of the eye, or discharge from the eye. I will keep all my post-injection appointments so that my doctor can check for complications.

Although the likelihood of serious complications affecting other organs of my body is low, I will immediately contact my

**physician** if I experience abdominal pain associated with constipation & vomiting, abnormal bleeding, chest pain, severe headache, slurred speech, or weakness on one side of the body. As soon as possible, I will also notify the treating ophthalmologist of these problems.

I will inform **any other surgeon** that I am on a medication that needs to be stopped before I can have surgery

**Patient Consent**

The above explanation has been read by/to me. The nature of my eye condition has been explained to me and the proposed treatment has been described. The risks, benefits, alternatives, and limitations of the treatment have been discussed with me. All my questions have been answered.

I understand that Lucentis™ was approved by the FDA for the treatment of metastatic colorectal cancer, and has not been approved for the treatment of eye conditions. Nevertheless, I wish to be treated with Lucentis™, and I am willing to accept the potential risks that my physician has discussed with me. I hereby authorize the treating eye-surgeon to administer the intravitreal Lucentis™ in my affected eye as needed. This consent will be valid until I revoke it or my condition changes to the point that the risks and benefits of this medication for me are significantly different.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

**Witness 2**

Signature: .....

Signature: .....

Name: .....

Name: .....

Address: .....

Address: .....

Tel: .....

Tel: .....

# लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> इंद्राविरियल इंजेक्शन

अपर्णा गुप्ता

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## सुझाव

मैकुजेन लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> का उपयोग उम्र से जुड़े मैकुलर विकार के गीले रूप (नियोवैस्कूलर) कही जाने वाली आंख की समस्या वाले वयस्कों के उपचार के लिए किया जाता है। मैकुलर विकार अंधेपन की ओर ले जाने वाली दृष्टि की हानि को उत्पन्न करता है।

## नुकसानदेह असर

अगर आपकी आंख या उसके आसपास संक्रमण है तो मैकुजेन का उपयोग नहीं करें।

## संभावित सीमाएं

उपचार का लक्ष्य दृष्टि को आगे और हानि होने से रोकना है। हालांकि कुछ लोगों ने दृष्टि पुनः प्राप्त की है पर हो सकता है कि दवाई पहले ही जा चुकी दृष्टि को फिर से बहाल नहीं करे और यह भी संभव है कि बीमारी के कारण दृष्टि की आगे की हानि को भी अंततः नहीं रोक पाये।

## विकल्प

आप अपनी दशा का उपचार नहीं भी करवा सकते हैं, हालांकि उपचार के बिना ये बीमारियां दृष्टि की और भी हानि और अंधेपन की ओर ले जाएंगी, कई बार बहुत ही जल्दी। उपचार के दूसरे रूप उपलब्ध हैं। वर्तमान में, नियोवैस्कूलर उम्र से जुड़े मैकुलर विकार के लिए एफडीए से मंजूरी प्राप्त तीन उपचार हैं। पहला विसुडाइन<sup>टीएम</sup> नामक दवा के साथ फोटोडायानमिक उपचार है। अन्य दो लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> और मैकुजेन<sup>टीएम</sup> के आंख के इंजेक्शन हैं। एफडीए से मंजूरी प्राप्त दवाओं के अतिरिक्त कुछ नेत्र-विशेषज्ञ आपकी तरह की आंखों की दशाओं के उपचार के लिए इंद्राविरियल अवास्टिन<sup>टीएम</sup> और ट्रियामसिनोलोन – “आफ-लेबल” को उपयोग में लाते हैं।

## पार्श्व-प्रभाव

लुसेंटिस के साथ सर्वाधिक आम पार्श्व प्रभावों में शामिल हैं :

1. आंखों की जलन
2. धुंधली दृष्टि या दृष्टि में परिवर्तन
3. मोतियाबिंद
4. आंखों में रक्तस्राव
5. आंखों में सूजन
6. आंख से पानी बहना
7. आंख में जलन या पीड़ा
8. आंखों का दर्द
9. आपकी दृष्टि में “धब्बों” का दिखना
10. ऐसे पार्श्व-प्रभावों में जो कि आंखों से जुड़े हुए नहीं है सर्वाधिक आम पार्श्व-प्रभाव हैं उच्च रक्तचाप, नाक और गले में संक्रमण और सिरदर्द।
11. हालांकि आम नहीं हैं पर आंखों से जुड़ी हुई दशाएं और उनसे असम्बद्ध रक्त के थक्के (धमनीय थ्रोम्बोएम्बोलिक घटनाएं) पैदा हो सकती हैं।

## रोगी की जिम्मेदारियां

अगर मैं गर्भवती हूं, गर्भ धारण करने की योजना बना रहा हूं या स्तनपान करा रही हूं तो अपने डॉक्टर को सूचित करूंगी।

अगर संक्रमण के निम्नलिखित में से कोई भी लक्षण या अन्य परेशानियां विकसित होती हैं तो मैं फौरन अपने डॉक्टर से संपर्क करूंगी : दर्द, धुंधली या घटी हुई दृष्टि, प्रकाश के प्रति संवेदनशीलता, आंखों की लाली या आंखों से पानी बहना। मैं इंजेक्शन के बाद के मुलाकात के सभी समय पर हाजिर रहूंगी ताकि मेरा डॉक्टर परेशानियों की जांच कर सके। हालांकि मेरे शरीर के दूसरे अंगों को प्रभावित करने वाली गंभीर परेशानियों की संभावना कम है, पर अगर मैं कब्ज

एवं उल्टी से जुड़े पेट दर्द, असामान्य रक्तस्राव, छाती में दर्द, बहुत अधिक सिरदर्द, आवाज का लड़खड़ाना या शरीर की एक तरफ कमजोरी को महसूस करती हूँ तो फौरन अपने डॉक्टर से संपर्क करूंगी। जितनी जल्दी संभव हो सकेगा मैं अपना उपचार कर रहे नेत्र विशेषज्ञ को इन समस्याओं के बारे में बताऊंगी।

मैं किसी दूसरे सर्जन को सूचित करूंगी कि मेरी दवाई चल रही है जिसे कि रोकने की जरूरत है ताकि मेरी सर्जरी हो सके।

### रोगी की सहमति

उपर्युक्त स्पष्टीकरण को मेरे द्वारा पढ़ लिया गया है। मेरी आंख की अवस्था की प्रकृति मुझे बता दी गयी है और प्रस्तावित उपचार का वर्णित कर दिया गया है। मेरे साथ उपचार के जोखिमों, लाभों, विकल्पों और सीमाओं की चर्चा की गयी है। मेरे सभी प्रश्नों का उत्तर दे दिया गया है।

मैं समझता हूँ कि लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> को मेटास्टेटिक कोलोरेक्टल कैंसर के उपचार के लिए एफडीए द्वारा मंजूरी प्रदान की गयी है और आंख की बीमारियों के उपचार के लिए इसे मंजूर नहीं किया गया है। फिर भी, मैं लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> से उपचार पाना चाहता हूँ और मैं उन संभाव्य जोखिमों को स्वीकार करने के लिए इच्छुक हूँ जिनकी कि मेरे डॉक्टर ने मेरे साथ चर्चा की है। इसके द्वारा मैं उपचार कर रहे नेत्र सर्जन को अपनी प्रभावित आंख में जरूरत के अनुसार इंद्रावितरियल लुसेंटिस<sup>टीएम</sup> को उपयोग में लाने के लिए अधिकृत करता हूँ। यह अनुमति मेरे द्वारा इसे रद्द किये जाने या मेरी अवस्थाओं के उस हद तक परिवर्तित होने तक वैध रहेगी जबकि मेरे लिए औषधि के जोखिम और लाभ उल्लेखनीय रूप से भिन्न न हो जायें।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# ROP Laser

*Parijat Chandra*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that my child's eye(s) are affected with the disease Retinopathy of Prematurity (ROP) which urgently requires retinal laser photocoagulation treatment.

I have been fully explained regarding Retinopathy of Prematurity, its vision blinding complications, and the urgent necessity for retinal laser treatment. I have been clearly explained about the laser procedure, its side effects and risks involved. I understand that depending on disease severity and treatment response, additional laser treatments may be required later. I understand that despite the best of laser treatment, sometimes the disease may progress leading to visually disabling sequelae and blindness, and later may require surgical intervention which may or may not be beneficial.

I allow the attending neonatologist to administer drugs, infusions or any other treatment/ procedures as deemed necessary or desirable during the laser procedure (and in any unforeseen or emergency conditions they encounter).

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to perform retinal laser photocoagulation on my child's right / left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# आरओपी लेजर

पारिजात चंद्रा

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में सूचित कर दिया गया है कि मेरे बच्चे की आंख(खें) रेटिनोपैथी आफ प्रीमैच्योरिटी (आरओपी) बीमारी से प्रभावित हैं जिसके लिए फौरन रेटिनल लेजर फोटोकोऑग्लेशन उपचार की जरूरत है।

मुझे रेटिनोपैथी आफ प्रीमैच्योरिटी, उसकी अंधा कर देने वाली जटिलताओं और रेटिनल लेजर उपचार की तुरंत आवश्यकता के बारे में पूरी तरह से समझा दिया गया है। मुझे लेजर की कार्यविधि, उसके पार्श्व-प्रभावों और उससे जुड़े जोखिमों के बारे में स्पष्ट रूप से समझा दिया गया है। मैं समझता हूँ कि बीमारी की गंभीरता और उपचार के प्रतिसाद के आधार पर बाद में चलकर अतिरिक्त लेजर उपचारों की आवश्यकता पड़ सकती है। मैं समझता हूँ कि सर्वोत्तम लेजर उपचार के बावजूद कई बार बीमारी बढ़ सकती है जिससे कि अंधत्व पैदा होगा और बाद में ऑपरेशन की जरूरत पड़ सकती है जो कि लाभदायक हो भी सकता है और नहीं भी।

मैं उपचार कर रहे बच्चों के डॉक्टर को लेजर कार्यविधि के दौरान दवाएं देने, इंजेक्शन लगाने या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया की अनुमति प्रदान करता हूँ जिसे कि लेजर कार्यविधि (और उनके सामने पेश आने वाली किसी अप्रत्याशित या आपातकालीन दशाओं में) के दौरान आवश्यक या वांछित समझा जाये। मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सहमति के निहिताशयों को पूरी तरह से समझ लिया है और डॉक्टरों को अपने बच्चे की दायीं/बायीं आंख पर रेटिनल लेजर फोटोकोऑग्लेशन को सम्पन्न करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

---

# Laser Indirect Ophthalmoscopy

*Bhuvan Chanana*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

This document is intended to provide you with information so that you can decide whether you should have a type of laser surgery called laser indirect ophthalmoscopy or LIO. You have the right to ask any questions you might have about the procedure before agreeing to have the ophthalmologist, or eye surgeon, perform it on your eye.

## Indications for Laser Indirect Ophthalmoscopy

The eye functions much like a camera. The front of the eye contains the structures which focus the image and regulate the amount of light that enters the eye, similar to the lens and shutter of a camera. In the back of the eye is the retina, which functions like the film in the camera. Without film, a camera cannot take a picture, and without a functioning retina, the eye cannot see.

LIO is done to laser the peripheral retina. It is used to treat peripheral retinal lesions like lattice degeneration or a retinal break, which may predispose your eyes to retinal detachment. LIO is also done to delimit peripheral detached retina to prevent its further progression. LIO can also be used for augmentation of pan-retinal photocoagulation where the peripheral retina cannot be lasered by using a slit lamp machine.

## Possible Benefits of Laser Indirect Ophthalmoscopy

Laser indirect ophthalmoscopy or LIO uses a laser to treat the peripheral retina so that it will form a strong adhesion of the retina with underlying layers, preventing the retina to detach, and avoiding a potentially blinding condition.

To perform the procedure, the pupil of the eye is made bigger (dilated) with eye drops. The laser is aimed at the peripheral retina through the pupil with the help of an indirect ophthalmoscope. Since the laser treats the peripheral retina, some peripheral or side vision may be lost, and this may cause reduced night vision. This usually does not present a problem for most of the cases.

## Alternatives to Laser Indirect Ophthalmoscopy

Cryotherapy has also been used to treat peripheral retinal lesions. Cryotherapy uses a probe placed against the outside of the eye to treat the peripheral retina by freezing it. Most ophthalmologists now treat the peripheral retina with a laser instead of cryotherapy.

## Risks and Complications of Laser Indirect Ophthalmoscopy

When deciding whether or not to have surgery, the patient must weigh the possible risks of the surgery against the benefits the surgery is expected to produce. Laser surgery for peripheral retina has limited risks. While performing the surgery, structures of the eye can be damaged and cause complications, which may lead to loss of vision. Surgery or medications may be needed to treat these complications.

In the majority of patients whose eyes were treated with LIO, the retina remained attached. While the goal of the surgery is prevent a retinal detachment and blindness, even with proper treatment, not all eyes respond to the treatment. New lesions of the retina may develop and regular retinal screening is required. For some the laser surgery may have to be repeated in order to completely treat the retinal lesion.

Risks for LIO include, but are not limited to:

1. Failure to achieve the goal of surgery: even with treatment, retinal detachment may develop in few cases.
2. Bleeding in the eye (vitreous hemorrhage)
3. Elevated eye pressure (glaucoma)
4. Decreased eye pressure (hypotony)

5. Corneal burns (clear covering of the front of the eye)
6. Damage to the iris (colored portion of the eye)
7. Damage to the lens (cataract)
8. Loss of vision or loss of the eye
9. Loss of peripheral (side) vision
10. Corneal clouding or scarring
11. Decrease or loss of vision caused by loss of circulation to the vital tissues in the eye

**Consent for Laser Surgery for ROP**

The ophthalmologist has explained to me the problem with my eyes, and the risks, benefits, and alternatives to LIO surgery. Although it is impossible for the doctor to inform me of every possible complication that may occur, the doctor has answered all my questions to my satisfaction. I understand that there is no guarantee that the surgery will prevent blindness in my eye, and that the surgery may need to be repeated to effectively treat my condition.

In signing this informed consent for LIO, I am stating that I have been offered a copy and I fully understand the possible risks, benefits, and complications of the laser surgery.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# लेजर इनडॉयरेक्ट ऑर्थेलमोस्कोपी

भुवन चन्ना

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

इस दस्तावेज का लक्ष्य आपको वह जानकारी प्रदान करना है जिससे कि आप इस बात का निर्णय कर सकें कि आप लेजर इनडॉयरेक्ट ऑर्थेलमोस्कोपी या एलआईओ नामक लेजर सर्जरी को करवाएंगे या नहीं। नेत्र विशेषज्ञ या नेत्र सर्जन को इसे आपकी आंख पर संपन्न करने देने पर सहमत होने से पहले इसकी कार्यविधि के बारे में कोई भी प्रश्न पूछना आपका अधिकार है।

## लेजर इनडॉयरेक्ट ऑर्थेलमोस्कोपी के लिए सुझाव

आंख काफी कुछ कैमरे की तरह से काम करती है। आंखों के सामने के हिस्से में वह ढांचा होता है जो कि छवि पर फोकस करता है और आंखों में प्रवेश करने वाली प्रकाश की मात्रा को नियमित करता है, जो कि कैमरे की फिल्म की भांति काम करता है। फिल्म के बिना कैमरा तस्वीर नहीं उतार सकता और काम करने वाली रेटिना के बिना आंखें देख नहीं सकतीं।

परिधीय रेटिना को लेजर करने के लिए एलआईओ की जाती है। इसका उपयोग झिलमिली के विकार या रेटिनल टूटन जैसे परिधीय रेटिनल घावों का उपचार करने के लिए किया जाता है, जो कि रेटिनल अलगाव के लिए आपकी आंखों को पहले से ही प्रवृत्त कर सकता है।

अलग हुई परिधीय रेटिना को सीमित करने के लिए भी एलआईओ किया जाता है ताकि उसे आगे और बढ़ने से रोका जा सके। इसके अलावा एलआईओ का उपयोग अखिल-रेटिनल फोटोकोआगुलेशन की वृद्धि के लिए किया जा सकता है, जहां पर परिधीय रेटिना को रिल्ट लैम्प मशीन का उपयोग करके लेजर से उपचारित नहीं किया जा सकता।

## लेजर इनडॉयरेक्ट ऑर्थेलमोस्कोपी के संभावित लाभ

लेजर इनडॉयरेक्ट ऑर्थेलमोस्कोपी या आईएलओ परिधीय रेटिना का उपचार करने के लिए लेजर का उपयोग करती है ताकि वह अंतर्निहित परतों के साथ रेटिना के मजबूत जुड़ाव को निर्मित करे, रेटिना को अलग होने से रोके और संभाव्य रूप से अंधत्व की दशा से बचाये।

इस कार्यविधि को संपन्न करने के लिए आंखों की पुतली को आई ड्रॉप्स से बड़ा बनाया जाता है (फैलाया जाता है)। लेजर इनडॉयरेक्ट ऑर्थेलमोस्कोपी की मदद से पुतली के जरिये परिधीय रेटिना पर लक्षित होती है। चूंकि लेजर परिधीय रेटिना का उपचार करती है इसलिए कुछ परिधीय या पार्श्व की नजर जा सकती है और इसकी वजह से रात में कम दिखायी पड़ सकता है। यह प्रायः अधिकतर मामलों में समस्या नहीं उत्पन्न करता।

## लेजर इनडॉयरेक्ट ऑर्थेलमोस्कोपी के विकल्प

क्रियोथेरेपी का उपयोग परिधीय रेटिनल घावों के उपचार के लिए भी किया जाता है। क्रियोथेरेपी परिधीय रेटिना का उपचार करने के लिए उसे बहुत ही ठंडा करके आंख के बाहरी हिस्से के सामने रखी गयी सलाई का उपयोग करती है। अधिकतर नेत्र विशेषज्ञ अब क्रियोथेरेपी की बजाय परिधीय रेटिना का उपचार लेजर से करते हैं।

## लेजर इनडॉयरेक्ट ऑर्थेलमोस्कोपी के जोखिम और जटिलताएं

सर्जरी करवाई जाये या नहीं इसका निर्णय करते समय रोगी को सर्जरी के लाभों के बरअक्स उसके संभावित जोखिमों का आकलन अवश्य करना चाहिए। परिधीय रेटिना के लिए लेजर सर्जरी के सीमित जोखिम हैं। सर्जरी करते समय आंख के ढांचे को नुकसान पहुंच सकता है और परेशानियां उत्पन्न हो सकती हैं जो कि दृष्टिहीनता को जन्म दे सकती हैं। इन जटिलताओं के उपचार के लिए सर्जरी या दवाइयों की आवश्यकता पड़ सकती है।

एलआईओ से उपचार पाये अधिकांश रोगियों में रेटिना संलग्न बनी रही। जहां सर्जरी का उद्देश्य रेटिना के अलगाव और अंधेपन को रोकना है वहीं समुचित उपचार के बाद भी उपचार से सभी आंखें ठीक नहीं होती हैं। रेटिना के नये घाव विकसित हो सकते हैं और रेटिना का नियमित परीक्षण आवश्यक बन जाता है। कुछ के लिए लेजर सर्जरी को दोहराना पड़ सकता है ताकि रेटिना से जुड़े घाव का पूरी तरह से उपचार किया जा सके।

एलआईओ के लिए जोखिमों में शामिल हैं पर वे इन्हीं तक सीमित नहीं हैं :

1. सर्जरी के लक्ष्य को पाने में विफलता : उपचार के बाद भी कुछ मामलों में रेटिनल अलगाव विकसित हो सकता है।
2. आंखों में रक्तस्राव (विटरिअस रक्तस्राव)
3. आंख का बढ़ा हुआ दबाव (ग्लूकोमा)
4. आंख का घटा हुआ दबाव (हाइपोटोनी)

5. कॉर्नील बर्न्स (आंख के सामने की क्लियर कवरेरिंग)
6. आइरिस (आंख का रंगीन हिस्सा) को नुकसान
7. लेंस को नुकसान (मोतियाबिंद)
8. दृष्टि का चले जाना या आंख की हानि
9. परिधीय (किनारे की) दृष्टि की हानि
10. कॉर्नील क्लाउडिंग या स्कैरिंग
11. आंखों के महत्वपूर्ण ऊतकों में परिसंचरण की कमी से उत्पन्न दृष्टि में कमी या उसकी हानि

### आरओपी हेतु लेजर सर्जरी के लिए अनुमति

नेत्र विशेषज्ञों ने मेरी आंख की समस्या और आईएलओ सर्जरी के जोखिमों, लाभों और विकल्पों के बारे में मुझे समझा दिया है। हालांकि डॉक्टर के लिए उपस्थित हो सकने वाली हरेक संभव जटिलता के बारे में बताना असंभव है पर डॉक्टर मेरे सभी प्रश्नों का उत्तर देकर मुझे संतुष्ट कर दिया। मैं समझता हूँ कि इस बात की कोई गारंटी नहीं है कि सर्जरी मेरे आंखों के अंधेपन को रोक देगी और यह कि मेरी अवस्था के प्रभावी उपचार के लिए सर्जरी को दोहराने की आवश्यकता पड़ सकती है।

एलआईओ के लिए इस सूचित सहमति पर हस्ताक्षर करके मैं कह रहा हूँ कि मुझे इसकी एक प्रति प्रदान की गयी है और मैं लेजर सर्जरी के संभावित जोखिमों, लाभों और जटिलताओं को समझता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Laser Photocoagulation for Diabetic Retinopathy

*Aparna Gupta*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

This document is intended to provide you with information so that you can decide whether you should have Laser photocoagulation for diabetic retinopathy

You have the right to ask any questions you might have about the procedure before agreeing to have the ophthalmologist, or eye surgeon, perform it on your eye.

## Indications for Laser Photocoagulation for Diabetic Retinopathy

The eye functions much like a camera. The front of the eye contains the structures which focus the image and regulate the amount of light that enters the eye, similar to the lens and shutter of a camera. In the back of the eye is the retina, which functions like the film in the camera. Without film, a camera cannot take a picture, and without a functioning retina, the eye cannot see.

Laser photocoagulation uses the heat from a laser to seal or destroy abnormal, leaking blood vessels in the retina. One of two approaches may be used when treating diabetic retinopathy:

- **Focal photocoagulation.** Focal treatment is used to seal specific leaking blood vessels in a small area of the retina, usually near the macula. The ophthalmologist identifies individual blood vessels for treatment and makes a limited number of laser burns to seal them off.
- **Scatter (pan-retinal) photocoagulation.** Scatter treatment is used to slow the growth of new abnormal blood vessels that have developed over a wide area of the retina. The ophthalmologist may make hundreds of laser burns on the retina to stop the blood vessels from growing. The person may need two or more treatment sessions.

Laser photocoagulation is not painful. The injection of anesthetic may be uncomfortable, and you may feel a slight stinging sensation or see brief flashes of light when the laser is applied to your eye.

## Possible Benefits of Laser Photocoagulation for Diabetic Retinopathy

Laser treatment may not restore vision that has already been lost. But when performed in a timely manner,

- Focal photocoagulation, which targets specific blood vessels, is effective in reducing the risk of vision loss in people with macular edema. It lowers the risk of moderate vision loss by 20% in people who have mild to moderate non-proliferative retinopathy. It may also help prevent progression to more severe retinopathy.
- Scatter (pan-retinal) photocoagulation, which treats a wide area of the retina, reduces the risk for severe vision loss by 50% to 60% over 6 years in people with a high risk of vision loss. It reduces the risk of serious bleeding and progression of severe proliferative retinopathy and the need for surgery (vitrectomy) by 50% in people with type 2 diabetes and people age 40 and older with type 1 diabetes who already have severe non-proliferative or mild proliferative retinopathy. Studies suggest that up to 90% of cases of legal blindness caused by proliferative retinopathy could be prevented by prompt scatter photocoagulation.

## Risks and Complications of Laser Photocoagulation for Diabetic Retinopathy

Laser photocoagulation burns and destroys part of the retina and often results in some permanent vision loss. This is usually unavoidable. Treatment may cause mild loss of central vision, reduced night vision, and decreased ability to focus. Some people may lose some of their side (peripheral) vision. However, the vision loss caused by laser treatment is mild compared with the vision loss that may be caused by untreated retinopathy.

Rare complications of laser photocoagulation may cause severe vision loss. These include:

- Bleeding in the eye (vitreous hemorrhage).
- Traction retinal detachment.

- 
- Accidental laser burn of the fovea (a depression in the central macula that contains no blood vessels), resulting in severe central vision loss.

### Consent for Laser Photocoagulation for Diabetic Retinopathy

The ophthalmologist has explained to me the problem with my eyes, and the risks, benefits, and alternatives to laser photocoagulation. Although it is impossible for the doctor to inform me of every possible complication that may occur, the doctor has answered all my questions to my satisfaction. I understand that there is no guarantee that the laser will prevent blindness in my eye, and that the laser may need to be repeated to effectively treat my condition.

In signing this informed consent for laser photocoagulation, I am stating that I have been offered a copy and I fully understand the possible risks, benefits, and complications of the laser surgery.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

### Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

#### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

#### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# डायबिटिक रेटिनोथेरेपी के लिए लेजर फोटोकोआगुलेशन

अपर्णा गुप्ता

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

इस दस्तावेज का लक्ष्य आपको वह जानकारी प्रदान करना है जिससे कि आप इस बात का निर्णय कर सकें कि आप डायबिटिक रेटिनोथेरेपी के लिए लेजर फोटोकोआगुलेशन करवाएंगे या नहीं। नेत्र विशेषज्ञ या नेत्र सर्जन को इसे आपकी आंख पर संपन्न करने देने पर सहमत होने से पहले इसकी कार्यविधि के बारे में कोई भी प्रश्न पूछना आपका अधिकार है।

## डायबिटिक रेटिनोथेरेपी के लिए लेजर फोटोकोआगुलेशन का सुझाव

आंख काफी कुछ कैमरे की तरह से काम करती है। आंखों के सामने के हिस्से में वह ढांचा होता है जो कि छवि पर फोकस करता है और आंखों में प्रवेश करने वाली प्रकाश की मात्रा को नियमित करता है, जो कि कैमरे की फिल्म की भांति काम करता है। फिल्म के बिना कैमरा तस्वीर नहीं उतार सकता और काम करने वाली रेटिना के बिना आंखें देख नहीं सकतीं।

लेजर फोटोकोआगुलेशन रेटिना की असामान्य, रिसाव वाली रक्त वाहिकाओं को सील या नष्ट करने के लिए लेजर की गरमी का उपयोग करता है। डायबिटिक रेटिनोथेरेपी का उपचार करते समय दो पहुंचों में से एक का उपयोग किया जा सकता है :

- **फोकल फोटोकोआगुलेशन।** फोकल उपचार का उपयोग रेटिना के छोटे से भाग प्रायः मैकुला के करीब में रिसाव करने वाली विशिष्ट रक्त वाहिकाओं को बंद करने के लिए किया जाता है। नेत्र-विशेषज्ञ उपचार के लिए एक-एक रक्त वाहिकाओं की पहचान करता है और उन्हें बंद करने के लिए सीमित संख्या लेजर बर्न्स करता है।
- **स्कैटर (अखिल-रेटिनल) फोटोकोआगुलेशन।** स्कैटर उपचार का उपयोग नयी असामान्य रक्त वाहिकाओं की वृद्धि को धीमा करने के लिए किया जाता है जो कि रेटिना के बड़े हिस्से के ऊपर विकसित हो गयी होती हैं। नेत्र विशेषज्ञ रक्त वाहिकाओं को बढ़ने से रोकने के लिए रेटिना के ऊपर हजारों लेजर बर्न्स कर सकता है। व्यक्ति को दो या अधिक उपचार सत्रों की आवश्यकता पड़ सकती है। ६

लेजर फोटोकोआगुलेशन दर्दनाक नहीं होता है। बेहोशी का इंजेक्शन बेचैन करने वाला हो सकता है और आप हल्की चुभन की सनसनाहट महसूस कर सकते हैं या आपकी आंखों पर लेजर के प्रयोग के समय प्रकाश की संक्षिप्त चमक को देख सकते हैं।

## डायबिटिक रेटिनोथेरेपी के लिए लेजर फोटोकोआगुलेशन के संभावित लाभ

लेजर उपचार हो सकता है कि पहले से ही जा चुकी दृष्टि को बहाल नहीं कर पाये लेकिन समयबद्ध तरीके से इसे संपन्न करने पर,

- फोटोकोआगुलेशन, जो कि विशिष्ट रक्त वाहिकाओं को लक्षित करता है, मैकुलर एडिमा वाले लोगों में दृष्टि की हानि के जोखिम को कम करने में प्रभावी है। यह हल्की से लेकर मध्यम तक की गैर-प्रसारी रेटिनोपैथी वाले लोगों में दृष्टि की मध्यम हानि को 20 प्रतिशत तक कम करता है। इसके अलावा यह ज्यादा गंभीर रेटिनोथेरेपी में बढ़त को रोकने में भी मदद कर सकता है।
- स्कैटर (अखिल-रेटिनल) फोटोकोआगुलेशन, जो कि रेटिना के विस्तृत क्षेत्र का उपचार करता है, दृष्टि की हानि के उच्च जोखिम वाले लोगों में 6 वर्षों के दौरान दृष्टि की गंभीर हानि को 50 से 60 प्रतिशत तक के जोखिम कम करता है। यह टाइप 2 डायबिटीज वाले लोगों और 40 साल और अधिक उम्र के टाइप 1 डायबिटीज वाले लोगों में, जिन्हें कि पहले से ही गंभीर गैर-प्रसारी या मध्यम प्रसारी रेटिनोथेरेपी है, गंभीर रक्तस्राव के जोखिम और तीव्र प्रसारी रेटिनोथेरेपी की बढ़त और सर्जरी (विटरेक्टोमी) की जरूरत को 50 प्रतिशत तक कम करता है। अध्ययनों से पता चलता है कि प्रसारी रेटिनोथेरेपी के द्वारा उत्पन्न नियम के अनुकूल अंधेपन के 90 प्रतिशत तक के मामलों को त्वरित स्कैटर फोटोकोआगुलेशन के द्वारा रोका जा सकता है।

## डायबिटिक रेटिनोथेरेपी के लिए लेजर फोटोकोआगुलेशन के जोखिम और जटिलताएं

लेजर फोटोकोआगुलेशन रेटिना के हिस्से को जलाता और नष्ट करता है और अक्सर इसके फलस्वरूप दृष्टि को कुछ स्थायी होनी हो जाती है। यह प्रायः दुर्निवार होता है। उपचार के कारण मध्यवर्ती दृष्टि को हल्का नुकसान, रात में कम दिखायी पड़ना और ध्यान केंद्रित करने की क्षमता में कमी आ सकती है। कुछ लोग अपनी पार्श्व (परिधीय) दृष्टि को कुछ खो सकते हैं। फिर भी, बिना उपचार वाली रेटिनोपैथी के कारण उत्पन्न होने वाली दृष्टि की हानि की तुलना में लेजर उपचार के कारण होने वाली दृष्टि की हानि हल्की होती है।

लेजर फोटोकोआगुलेशन की विरल जटिलताएं दृष्टि की गंभीर हानि का कारण बन सकती हैं। इनमें शामिल हैं :

- आंखों में रक्तस्राव (विटरिअस रक्तस्राव)।
- खिंचाव रेटिनल अलगाव।

- फोविया का संयोगवश लेजर बर्न (मध्यवर्ती मैकुला में दबाव जिसमें में कोई रक्त वाहिकाएं नहीं होती हैं), इसके कारण मध्यवर्ती दृष्टि को गंभीर हानि पहुंचती है।

### डायबिटिक रेटिनोथेरेपी हेतु लेजर फोटोकोआगुलेशन के लिए अनुमति

नेत्र विशेषज्ञ ने मेरी आंखों की समस्याओं और लेजर फोटोकोआगुलेशन के जोखिमों, लाभों और विकल्पों के बारे में मुझे समझा दिया है। हालांकि उपस्थित हो सकने वाली हरेक संभव जटिलता के बारे में डॉक्टर के लिए बता पाना असंभव है लेकिन डॉक्टर ने मेरे सभी प्रश्नों का उत्तर देकर मुझे संतुष्ट कर दिया। मैं समझता हूँ कि इस बात की कोई गारंटी नहीं कि लेजर मेरी आंख में अंधेपन को रोक देगी और यह कि मेरी आंख की अवस्था के प्रभावी उपचार के लिए लेजर को दोहराने की जरूरत पड़ सकती है।

लेजर फोटोकोआगुलेशन के लिए इस सूचित सहमति पर हस्ताक्षर करते हुए मैं बता रहा हूँ कि मुझे इसकी एक प्रति प्राप्त हुई है और मैं लेजर सर्जरी के संभावित जोखिमों, लाभों और जटिलताओं को समझता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Laser Photocoagulation for Proliferative Retinopathy

*Courtesy: Shroff Eye Centre, New Delhi*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I hereby authorize Dr. .... to perform upon me Laser Photocoagulation in the Right / Left eye. The aim of this treatment is to decrease the risk of severe visual loss by preventing development of or promoting regression or shrinkage of abnormal retinal blood vessels.

I acknowledge that I understand that:

1. I have been diagnosed to have .....
2. This treatment is usually indicated when it is likely that bleeding inside the eye from new abnormal blood vessels can occur. Sometimes laser photocoagulation may be indicated to prevent the development of new blood vessels. The intent of treatment is to reduce likelihood of hemorrhage and/or retinal detachment that could cause severe and possible permanent loss of vision. However hemorrhage and/or retinal detachment can occur despite laser treatment.
3. This treatment is not designed to improve my vision, only to stabilize it. In fact, it may make the vision somewhat worse. For example, the treatment may diminish my night vision and side vision to some extent. There is a 5% to 10% chance that it will diminish my reading vision as well.
4. No safer alternative exists to reduce the likelihood of losing vision. If treatment is not carried out. I understand that there is an increased risk of permanent vision loss from bleeding and scar tissue formation inside the eye.
5. Application of Cryo in Proliferative Vascular Retinopathy. In some cases of Diabetic Retinopathy or Eales Disease inspite of good photocoagulation, there can be neovascularization or recurrent Vitreous Hemorrhage. Hence, to ablate peripheral retina, Cryotherapy is used to avoid further problems.
6. Laser treatment may be carried out in one or several treatment sessions depending on the severity and extent of the new vessels and my tolerance for the treatment. **When a peribulbar or retrobulbar Injection is given for local anesthesia, there is an extremely small chance of ocular penetration.**
7. After treatment, periodic re-examination is necessary to monitor the response to treatment and detect any changes in the status of the retinopathy, especially any change that would require additional treatment. I understand that it is the patient's responsibility to maintain follow up appointments necessary after laser treatment.

I acknowledge that the nature and the purpose of this procedure, the risks involved, alternatives and possible complications have been explained to me by my doctor and that all my questions have been answered to my satisfaction. I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science, and I acknowledge that no guarantee can be made as to the results that may be obtained. All this has been explained to me in the language I understand.

I have read, or had read to me, the above information and I consent to treatment, recognizing the potential risks that are involved.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# प्रोलिफरेटिव रेटिनोथेरेपी के लिए लेजर फोटोकोआगुलेशन

श्रॉफ आई सेंटर, नयी दिल्ली के सौजन्य से

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मैं इसके द्वारा डॉ. ....को अपने ऊपर दायी/बायीं आंख में लेजर फोटोकोआगुलेशन को सम्पन्न करने के लिए अधिकृत करता हूं। इस उपचार का उद्देश्य असामान्य रेटिनल रक्त वाहिकाओं के विकास को रोक कर या उसके लौटाव या सिकुड़न को बढ़ावा देकर दृष्टि की गंभीर हानि को कम करना है।

मैं स्वीकार करता हूं कि मैं समझता हूं कि :

1. निदान करके पता लगाया गया है कि मुझे .....
2. इस उपचार का सुझाव प्रायः उस समय दिया जाता है जब इस बात के आसार होते हैं कि नयी असामान्य रक्त वाहिकाओं से आंख के अंदर रक्तस्राव हो सकता है। कई बार लेजर फोटोकोआगुलेशन का सुझाव नयी रक्त वाहिकाओं के विकास को रोकने के लिए दिया जा सकता है। उपचार का प्रयोजन रक्तस्राव और/या रेटिनल अलगाव की संभावना को कम करना है जो कि दृष्टि को गंभीर और संभव हानि पहुंचा सकता है। बहरहाल, रक्तस्राव और/या रेटिनल अलगाव लेजर उपचार के बावजूद भी उपस्थित हो सकता है।
3. इस उपचार को मेरी दृष्टि को सुधारने के लिए नहीं, सिर्फ उसे स्थिर करने के लिए तैयार किया गया है। दरअसल, यह दृष्टि को किंचित बदतर बना सकता है। उदाहरण के लिए, उपचार रात में मेरी नजर और पार्श्व नजर को कुछ हद तक कम कर सकता है। इस बात के 5 से 10 प्रतिशत तक के आसार होते हैं कि यह मेरी पढ़ने की नजर में भी कमी लाये।
4. दृष्टि के खराब होने की संभावना को कम करने के लिए कोई भी सुरक्षित विकल्प मौजूद नहीं हैं। अगर नहीं किया जाता तो मैं समझता हूं कि आंख के अंदर रक्तस्राव और स्कैर ऊतक निर्माण से दृष्टि की स्थायी हानि का बढ़ा हुआ जोखिम है।
5. प्रोलिफरेटिव वैस्कुलर रेटिनोपैथी में क्रियो का अनुप्रयोग। अच्छे फोटोकोआगुलेशन के बावजूद डायबिटिक रेटिनोथेरेपी या एल्स बीमारी के कुछ मामलों में नियो-वैस्कुलराइजेशन या आवर्ती विटरिस रक्तस्राव हो सकता है। लिहाजा, आगे और समस्या नहीं होने हेतु परिधीय रेटिना को काट कर अलग करने के लिए क्रियोथेरेपी का उपयोग किया जाता है।
6. लेजर उपचार नयी वाहिकाओं की गंभीरता और हद और उपचार के लिए मेरी सहनशीलता के आधार पर एक या अधिक उपचार सत्रों में किया जा सकता है। जब लोकल एनेस्थीसिया के लिए पेरिबुलबार या रेट्रोबुलबार इंजेक्शन दिया जाता है तो दृष्टि संबंधी भेदन की बहुत ही कम गुंजाइश होती है।
7. उपचार के बाद उपचार के प्रति प्रतिक्रिया और रेटिनोथेरेपी की स्थिति में किसी बदलाव, खासकर ऐसे बदलाव का पता लगाने के लिए समय-समय पर पुनः परीक्षण आवश्यक होता है, जिसके लिए अतिरिक्त उपचार की जरूरत होगी। मैं समझता हूं कि यह रोगी की जिम्मेदारी है कि वह लेजर उपचार के बाद आवश्यक फॉलोअप मुलाकातों को बनाये रखे।

मैं स्वीकार करता हूं कि इस कार्यविधि की प्रकृति और उद्देश्य, इससे जुड़े जोखिमों, विकल्पों और संभावित जटिलताओं के बारे में मेरे डॉक्टर द्वारा मुझे समझा दिया गया है और यह कि मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दे दिये गये हैं। मैं इस बात से अवगत हूं कि डॉक्टरी और सर्जरी सटीक विज्ञान नहीं है और मैं स्वीकार करता हूं कि प्राप्त होने वाले परिणामों के बारे में कोई भी गारंटी नहीं दी जा सकती। इस सबको मुझे ऐसी भाषा में बता दिया गया है जिसे कि मैं समझता हूं।

उपर्युक्त जानकारी को मैंने पढ़ लिया है या मुझे पढ़कर सुना दिया गया है और मैं उपचार से जुड़े संभाव्य जोखिमों को जानते हुए इसके लिए अनुमति प्रदान करता हूं।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

---

# Laser Photocoagulation for Maculopathy

*Courtesy: Shroff Eye Centre, New Delhi*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I hereby authorize Dr. .... to perform upon me Laser Photocoagulation in the Right / Left eye for changes in the Macula (which is the vital region of the retina for clear central vision) caused by Diabetes / Age Related Macular Degeneration / Venous Blocks / .....

In diabetes / venous blocks the aim of treatment is to close the blood vessels and capillary abnormalities which leak fluid and cause water logging seen in this region. In age related macular degeneration the purpose is to destroy sub retinal neovascular membrane.

Following photocoagulation it is possible that there may be a slight improvement and you may be able to read a line or two more on the vision test chart. Laser photocoagulation helps in maintaining your existing vision and to a certain extent prevents worsening at a later date. In some insances vision may worsen despite photocoagulation due to unpreventable changes developing in this region.

In case of age - related macular degeneration, if the laser has to be applied to the centre of macula or very close to it, there can be an immediate drop of vision. In these cases, long term visual prognosis is better if laser is done. **When a peribulbar or retrobulbar injection is given for local anesthesia there is an extremely small chance of ocular penetration.**

One or more sessions of laser may be required. During follow up, more photocoagulation may have to. be done for changes in the macula or for other changes that might have developed during this period.

After treatment, periodic re-examination is necessary to monitor the response to treatment and detect any changes in the status of the retinopathy, especially any change that would require additional treatment. I understand that it is the patient's responsibility to maintain follow up appointment necessary after laser treatment. I acknowledge that the nature and the purpose of this procedure, the risks involved, alternatives and the possible complications have been explained to me by my doctor, that all my questions, if any, have been answered to my satisfaction. I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science, and I acknowledge that no guarantee can be made as to the results that may be obtained. All this has been explained to me in the language I understand.

I have read, or had read to me, the above information and I consent to treatment, recognizing the potential risks that are involved.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# मैकुलोपैथी के लिए लेजर फोटोकोआगुलेशन

श्रॉफ आई सेंटर, नयी दिल्ली के सौजन्य से

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मैं इसके द्वारा डॉ. ....को अपने ऊपर दायी/बायीं आंख में मधुमेह/उम्र से जुड़े मैकुलर विकार/नसों के अवरुद्ध होने/..... से उत्पन्न मैकुला (जो कि स्पष्ट मध्यवर्ती दृष्टि के लिए रेटिना का महत्पूर्ण क्षेत्र है) में परिवर्तनों के लिए लेजर फोटोकोआगुलेशन को सम्पन्न करने के लिए अधिकृत करता हूं।

मधुमेह/नसों के अवरुद्ध में उपचार का उद्देश्य रक्त वाहिकाओं और कैपिलरी असामान्यताओं को बंद करना है जो कि द्रव का रिसाव करती हैं और इस क्षेत्र में देखे जाने वाले पानी के जमाव को उत्पन्न करती हैं। उम्र से जुड़े हुए मैकुलर विकार में उद्देश्य उप रेटिनल नियोवैस्कुलर झिल्ली को नष्ट करना होता है।

फोटोकोआगुलेशन के उपरांत यह संभव है कि किंचित सुधार हो और आप नजर परीक्षण चार्ट पर एक या दो लाइन और पढ़ सकते हैं। लेजर फोटोकोआगुलेशन आपकी वर्तमान दृष्टि को बनाये रखने में मदद करता है और एक हद तक बाद की तारीख में इसके बदतर होने को रोकता है। कुछ मामलों में इस क्षेत्र में विकसित होने वाले दुर्निवार परिवर्तनों के चलते फोटोकोआगुलेशन के बावजूद दृष्टि बदतर हो सकती है।

उम्र से जुड़े मैकुलर विकार के मामले में अगर मैकुल के मध्य में या उसके बहुत ही करीब लेजर को प्रयोग में लाया जाना है तो दृष्टि में फौरन गिरावट आ सकती है। इन मामलों में अगर लेजर का उपयोग किया जाता है तो दूरगामी चाक्षुष रोग निदान बेहतर होता है। **जब लोकल एनेस्थीसिया के लिए पेरिबुलबार या रेट्रोबुलबार इंजेक्शन दिया जाता है तो दृष्टि संबंधी भेदन की बहुत ही कम गुंजाइश होती है।**

लेजर के एक या अधिक सत्रों की आवश्यकता पड़ सकती है। मैकुला में परिवर्तन के लिए या ऐसे अन्य परिवर्तनों के लिए फॉलो-अप के दौरान ज्यादा फोटोकोआगुलेशन करना पड़ सकता है जो कि इस अवधि के दौरान विकसित हुए हो सकते हैं।

उपचार के बाद उपचार के प्रति प्रतिक्रिया और रेटिनोथेरेपी की स्थिति में किसी बदलाव, खासकर ऐसे बदलाव का पता लगाने के लिए समय-समय पर पुनः परीक्षण आवश्यक होता है, जिसके लिए अतिरिक्त उपचार की जरूरत होगी। मैं समझता हूं कि यह रोगी की जिम्मेदारी है कि वह लेजर उपचार के बाद आवश्यक फॉलोअप मुलाकातों को बनाये रखे। मैं स्वीकार करता हूं कि इस कार्यविधि की प्रकृति और उद्देश्य, इससे जुड़े जोखिमों, विकल्पों और संभावित जटिलताओं के बारे में मेरे डॉक्टर द्वारा मुझे समझा दिया गया है और यह कि मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दे दिये गये हैं। मैं इस बात से अवगत हूं कि डॉक्टरी और सर्जरी सटीक विज्ञान नहीं है और मैं स्वीकार करता हूं कि प्राप्त होने वाले परिणामों के बारे में कोई भी गारंटी नहीं दी जा सकती। इस सबको मुझे ऐसी भाषा में बता दिया गया है जिसे कि मैं समझता हूं।

उपर्युक्त जानकारी को मैंने पढ़ लिया है या मुझे पढ़कर सुना दिया गया है और मैं उपचार से जुड़े संभाव्य जोखिमों को जानते हुए इसके लिए अनुमति प्रदान करता हूं।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

---

# Fundus Fluorescein Angiography / Ophthalmoscopy/ Indocyanine Green Angiography

*Courtesy: Shroff Eye Centre, New Delhi*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

This investigation procedure comprises of injection of a dye- fluorescein or Indocyanine green into one of your veins in the arm and either taking rapid serial photographs of its passage within the inner structures of the eye, the retina and choroid or examining the inside of your eye with an instrument called the indirect ophthalmoscope with appropriate filters. The information obtained from a study of this procedure aids your doctor in either making a diagnosis, planning your treatment or assessing the results of treatment particularly photocoagulation. There is no discomfort from this test apart from the needle prick and the flash of the camera which is harmless. You may have nausea (sensation of vomiting) a minute or so after the injection. This usually passes off in about 30 seconds. Remaining calm and breathing deeply helps in overcoming this difficulty. You are advised to be on an empty stomach three hours prior to this test. Your usual diet can be taken soon after the procedure. Fluorescein is a highly non toxic drug and only rarely produces a mild allergic reaction which responds rapidly to appropriate medication. Serious life threatening reactions are exceptionally rare but can however occur. This is not different from what can occur with any other medication. The skin and urine stain yellow for about 36 hours with fluorescein and is of no consequence. You must be accompanied by an adult attendant during this test.

## **Informed Consent**

The pamphlet on Fundus Fluorescein Angiography / Ophthalmoscopy / Indocyanine Green Angiography has been read by me/ out to me and having understood the content, I give my consent to the performance of this on me.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## **Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### **Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### **Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# फंडस लूओरसीन एंजियोग्राफी / आथैलमोस्कोपी इंडोसिएनाइन ग्रीन एंजियोग्राफी

श्राॅफ आई सेंटर, नयी दिल्ली के सौजन्य से

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

अन्वेषण की इस कार्यविधि में बांहों में आपकी किसी नस में डाइ-लूओरसीन या इंडोसिएनाइन ग्रीन का इंजेक्शन अथवा आंख के आंतरिक ढांचे, रेटिना और कोरोइड के अंदर उसके मार्ग की त्वरित ढंग से क्रमिक तस्वीरें उतारना या उपयुक्त फिल्टरों के साथ इनडायरेक्ट आथैलमोस्कोप नामक उपकरण के साथ आपकी आंख के भीतर परीक्षण करना शामिल होता है। इस प्रक्रिया के अध्ययन से प्राप्त जानकारी आपके डॉक्टर की निदान करने या आपके उपचार की योजना बनाने अथवा उपचार के परिणामों खासकर फोटोकोआगुलेशन का आकलन करने में मदद करती है। सुई की चुभन और कैमरे की चमक, जो कि हानिरहित होती है, के सिवाय इस परीक्षण से कोई असुविधा नहीं होती है। आपको इंजेक्शन के बाद एक मिनट के आसपास मितली की अनुभूति हो सकती है। यह प्रायः लगभग 30 सेकेंड में खत्म हो जाती है। शांत रहकर गहरी सांस लेने से इस कठिनाई से पार पाने में मदद मिलती है। आपको सलाह दी जाती है कि इस परीक्षण से पहले तीन घंटों तक पेट को खाली रखें। आप अपनी रोजमर्रा की खुराक को प्रक्रिया के तुरंत ले सकते हैं। लूओरसीन एक अत्यधिक गैर विषाक्त दवा है और मुश्किल से ही हल्की एलर्जिक प्रतिक्रिया उत्पन्न करती है, जो कि उपयुक्त दवाई के प्रति त्वरित गति से प्रतिक्रिया देती है। गंभीर जानलेवा प्रतिक्रियाएं मुश्किल से ही होती हैं पर फिर भी उपस्थित हो सकती हैं। यह उससे भिन्न नहीं है जो कि किसी भी दूसरी दवा के साथ उपस्थित हो सकता है। लूओरसीन के साथ तकरीबन 36 घंटों तक त्वचा और पेशाब गंदे पीले रंग की होती है और इससे कोई फर्क नहीं पड़ता। इस परीक्षण के दौरान आपके साथ कोई वयस्क तीमारदार होना चाहिए।

## सूचित सहमति

फंडस लूओरसीन एंजियोग्राफी / आथैलमोस्कोपी / इंडोसिएनाइन ग्रीन एंजियोग्राफी पर परचे को मेरे द्वारा पढ़ लिया गया है / मुझे पढ़कर सुना दिया गया है और मैंने उसकी अंतर्वस्तु को समझ लिया है, मैं अपने ऊपर इसे सम्पन्न करने के लिए सहमति प्रदान करता हूँ।

रोगी / अभिभावक का हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Photodynamic Therapy (PDT)

*Courtesy: Shroff Eye Centre, New Delhi*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I hereby authorize Dr..... to perform upon me Photodynamic Therapy (PDT) in Right/Left eye for neovascular changes in the Macula (which is the vital region of the retina for clear central vision) caused by Age Related Macular Degeneration / Pathologic Mypia/other causes.....

Photodynamic Therapy (PDT) is a type of laser therapy designed for the treatment of subretinal new-vessel formation especially when these new vessels involve the subfoveal region. These new vessels most commonly develop in i) Aging Macular Degeneration ii) Myopia, iii) Post inflammatory and iv) Idiopathic causes. When the fovea (the vital region of the retina for fine central reading and colour vision) is not involved, these vessels can be destroyed by laser photocoagulation. However there is also simultaneous destruction of the retinal cells overlying these abnormal new vessels. This loss of function of retinal cells is usually acceptable in other areas but not at the fovea. Hence the search for alternative therapies which can destroy these abnormal vessels without destroying the overlying foveal retinal cells. The various alternatives tried for this are:

1) Surgery 2) Photodynamic Therapy (PDT) 3) TTT 4) Radiation 5) Anti-angiogenic factors.

1. Surgery : Results especially in Aging Macular Degeneration have been poor because in removing the membrane retinal pigment epithelial cells are also lost and vision usually does not improve. There is also a risk of significant vision loss if complications occur.
2. Photodynamic Therapy : Verteporfin “Visudyne” dye is injected into a vein in the arm and after that a contact lens is placed on the eye and laser treatment is applied to the area of neovascularization. After the treatment the entire body has to be protected from sunlight and strong light. For a few hours after treatment you will have blurred vision because of drops and the laser light exposure. Treatment results have been encouraging.

Most patients have stabilization of vision. A very small number may have actual improvement in vision. Some patients may experience reduction in central vision after the treatment. PDT treatment may need to be repeated depending on the progress seen on follow up examinations and fluorescein/indocyanine green angiograms/OCT results.

3. Radiation - Results have not been encouraging.
4. Anti-angiogenic factors :- Definitive results are not available so far.
5. Trans Pupillary Thermo Therapy:- Large spot of diode laser 810 nm with relatively low energy is applied to the area of new-vessels. This therapy has shown encouraging results in some cases, especially occult new-vessels.

You do not have to agree to have this therapy and, if you wish, we will continue to monitor your progress even if you choose not to try Photodynamic Therapy (PDT).

## Post-Treatment Regime

After treatment you should not bend down and lift weights, and you should sleep with head up with 2 pillows. You must not be exposed to sunlight and very bright light as mentioned earlier.

After treatment, periodic re-examination is necessary to monitor the response to treatment and detect any changes in the status of the retinopathy, especially any change that would require additional treatment. I understand that it is the patient’s responsibility to maintain follow up appointments necessary after laser treatment. I acknowledge that the nature and the purpose of

this procedure, the risks involved, alternatives and the possible complications have been explained to me and that all my questions, if any, have been answered to my satisfaction. I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science, and I acknowledge that no guarantee can be made as to the results that may be obtained. All this has been explained to me in the language I understand.

---

I have read, or had read to me, the above information, and I consent to treatment, recognizing the potential risks that are involved.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# फोटोडायनमिक थेरेपी (पीडीटी)

श्रॉफ आई सेंटर, नयी दिल्ली के सौजन्य से

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मैं इसके द्वारा डॉ. ....को अपने ऊपर दायी/बायीं आंख में उम्र से जुड़े मैकुलर विकार/पैथोलॉजिक माइपिआ/अन्य कारणों ..... से उत्पन्न मैकुला (जो कि स्पष्ट मध्यवर्ती दृष्टि के लिए रेटिना का महत्वपूर्ण क्षेत्र है) में परिवर्तनों हेतु फोटोडायनमिक थेरेपी (पीडीटी) को सम्पन्न करने के लिए अधिकृत करता हूं।

फोटोडायनमिक थेरेपी (पीडीटी) सबरेटिनल नयी-वाहिका निर्माण के उपचार के लिए खासकर उस समय जब ये नयी वाहिकाएं सबफोवील क्षेत्र को सम्बद्ध करती हैं, तैयार किया गया एक प्रकार का उपचार है। ये नयी वाहिकाएं सर्वाधिक आमतौर पर 1) बढ़ती उम्र के मैकुलर विकार, 2) कम देखने की बीमारी, 3) सूजन के बाद और 4) इडियोपैथिक कारणों में विकसित होती हैं। जब फोविआ (उत्कृष्ट मध्यवर्ती पाठन और रंगों की दृष्टि के लिए रेटिना का महत्वपूर्ण भाग) सम्बद्ध नहीं होता है तो इन वाहिकाओं को लेजर फोटोकोऑग्लेशन के द्वारा नष्ट किया जा सकता है। फिर भी, इन असामान्य नयी वाहिकाओं को ढंकने वाली रेटिनल कोशिकाओं का भी साथ ही में विनाश हो जाता है। रेटिनल कोशिकाओं के प्रकार्य की यह हानि प्रायः अन्य क्षेत्रों में स्वीकार्य होती है लेकिन फोविआ में नहीं। लिहाजा, वैकल्पिक उपचारों की खोज की गयी जो कि ढंकने वाली फोविअल रेटिनल कोशिकाओं को नष्ट किये बिना इन असामान्य वाहिकाओं को नष्ट कर सके। इसके लिए आजमाये गये विभिन्न विकल्प हैं :

1) सर्जरी 2) फोटोडायनमिक उपचार (पीडीटी) 3) टीटीटी 4) विकिरण 5) एंटी-एंजियोजेनिक कारक।

- 1) सर्जरी : विशेष रूप से बढ़ती उम्र में मैकुलर विकार में परिणाम खराब होते हैं क्योंकि छिल्ली को हटाने में रेटिनल पिगमेंट एपिथेलियल कोशिकाएं भी हट जाती है और दृष्टि प्रायः बेहतर नहीं होती है। इसके अलावा जटिलता के उत्पन्न होने पर दृष्टि की काफी अधिक हानि का भी जोखिम रहता है।
- 2) फोटोडायनामिक उपचार : बांह की नस में वेर्टेपोर्फिन "विसुडाइन" डाइ का इंजेक्शन दिया जाता है और इसके बाद आंख में कांटैक्ट लेंस को डाला जाता है और नियोवैस्कुलराइजेशन के हिस्से में लेजर उपचार का अनुप्रयोग किया जाता है। उपचार के बाद समूचे शरीर की धूप और तेज प्रकाश से रक्षा करनी होती है। उपचार के बाद कुछ घंटों तक आपको ड्राप्स और लेजर प्रकाश के संपर्क में होने से धुंधला दिखायी देगा। उपचार के परिणाम उत्साहजनक रहे हैं।

अधिकतर रोगियों की दृष्टि स्थिर हो जाती है। बहुत थोड़ी सी संख्या में दृष्टि में वास्तविक सुधार हो सकता है। कुछ रोगी उपचार के बाद मध्यस्थ दृष्टि में कमी महसूस कर सकते हैं। फॉलो-अप के परीक्षणों और लूओरसीन/इंडोसियानाइन ग्रीन एंजियोग्रैफी/ओसीटी परिणामों में देखी गयी प्रगति के आधार पर पीडीटी उपचार को दोहराये जाने की जरूरत पड़ सकती है।

3. विकिरण – परिणाम उत्साहजनक नहीं रहे हैं।
4. एंटी-एंजियोजेनिक कारक : अभी तक निश्चित परिणाम उपलब्ध नहीं हैं।
5. ट्रांस-प्यूपलरी थर्मो उपचार : अपेक्षतया कम ऊर्जा वाला डिओड लेजर 810 एनएम का बड़ा स्पॉट नयी वाहिकाओं के क्षेत्र में प्रयोग किया जाता है। इस उपचार के कुछ मामलों में, खासकर अकल्ट नयी वाहिकाओं में, उत्साहजनक परिणाम देखे गये हैं।

इस उपचार को करवाने के लिए आप सहमति दें यह जरूरी नहीं और अगर आप चाहेंगे तो हम उस दशा में आपकी प्रगति पर नजर रखना जारी रखेंगे जबकि आप फोटोडायनमिक उपचार (पीडीटी) नहीं आजमाने का विकल्प चुनते हैं।

## उपचार-बाद की व्यवस्था

उपचार के बाद आपको नीचे नहीं झुकना और वजन उठाना नहीं चाहिए और आपको दो तकियों के साथ सिर के ऊपर करके सोना चाहिए। जैसा कि पहले बताया गया है आपको धूप और बहुत तेज रोशनी के संपर्क में नहीं आना चाहिए।

उपचार के बाद उपचार के प्रति प्रतिक्रिया और रेटिनोथेरेपी की स्थिति में किसी बदलाव, खासकर ऐसे बदलाव का पता लगाने के लिए समय-समय पर पुनः परीक्षण आवश्यक होता है, जिसके लिए अतिरिक्त उपचार की जरूरत होगी। मैं समझता हूं कि यह रोगी की जिम्मेदारी है कि वह लेजर उपचार के बाद आवश्यक फॉलोअप मुलाकातों को बनाये रखे। मैं स्वीकार करता हूं कि इस कार्यविधि की प्रकृति और उद्देश्य, इससे जुड़े जोखिमों, विकल्पों और संभावित जटिलताओं के बारे में मेरे डॉक्टर द्वारा मुझे समझा दिया गया है और यह कि मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दे दिये गये हैं। मैं इस बात से अवगत हूं कि डॉक्टरों और सर्जरी सटीक विज्ञान नहीं है और मैं स्वीकार करता हूं कि प्राप्त होने वाले परिणामों के बारे में कोई भी गारंटी नहीं दी जा सकती। इस सबको मुझे ऐसी भाषा में बता दिया गया है जिसे कि मैं समझता हूं।

---

उपर्युक्त जानकारी को मैंने पढ़ लिया है या मुझे पढ़कर सुना दिया गया है और मैं उपचार से जुड़े संभाव्य जोखिमों को जानते हुए इसके लिए अनुमति प्रदान करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Trans Pupillary Thermotherapy (TTT)

*Courtesy: Shroff Eye Centre, New Delhi*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I hereby authorize Dr. .... to perform upon me Trans-Pupillary Thermotherapy in Right / Left eye for neovascular changes in the Macula (which is the vital region of the retina for clear central vision) caused by Age Related Macular Degeneration / Pathologic Myopia / other causes .....

Transpupillary thermotherapy (TTT) is a type of laser therapy designed for the treatment of sub retinal new-vessel formation especially when these new vessels involve the subfoveal region. These new vessels most commonly develop in i) Aging Macular Degeneration ii) Myopia, iii) Post inflammatory and iv) Idiopathic causes. TTT is also used in the treatment of certain tumours. When the fovea (the vital region of the retina for fine central reading and colour vision) is not involved, these vessels can be destroyed by laser photocoagulation. However there is also simultaneous destruction of the retinal cells overlying these abnormal new vessels. This loss of function of retinal cells is usually acceptable in other areas but not at the fovea. Hence the search for alternative therapies which can destroy these abnormal vessels without destroying the overlying foveal retinal cells. The various alternatives tried for this are:-

1) Surgery 2) Photodynamic therapy (PDT) 3) TTT 4) Radiation 5) Anti-angiogenic factors.

1. Surgery : Results especially in Aging Macular Degeneration have been poor because in removing the membrane retinal pigment epithelial cells are also lost and vision usually does not improve. There is also a risk of significant vision loss if complications occur.
2. Photodynamic Therapy : This is applicable only to certain specific types of new-vessels. The cost of treatment is very high because of high cost of dye. The treatment may need to be repeated depending on the progress seen on follow up examinations.
3. Radiation - Results have not been encouraging.
4. Anti-angiogenic factors :- Results have not been encouraging.
5. Trans Pupillary Thermo Therapy :- Large spot of diode laser 810 nm with relatively low energy is applied to the area of new-vessels. Treatment results have been encouraging. About two-thirds of patients have stabilization of vision. A very small number may have actual improvement in vision. Some patients may experience reduction in central vision after the treatment. TTT treatment may need to be repeated depending on the progress seen on follow up examinations and fluorescein/indocyanine green angiograms.

For the laser treatment, local anaesthetic drops are put into the eye and a contact lens is used. After treatment you should not bend down, lift weight and you should sleep with head up with 2 pillows. For a few hours after the treatment, you will have some blurred vision because of the drops used to prepare your eye for the treatment. You should also wear dark sunglasses to protect your eye from the light. During this time, you must not drive any vehicles. You do not have to agree to have this therapy and, if you wish, we will continue to monitor your progress even if you choose not to try Transpupillary Thermotherapy (TTT).

After treatment, periodic re-examination is necessary to monitor the response to treatment and detect any changes in the status of the retinopathy, especially any change that would require additional treatment. I understand that it is the patient's responsibility to maintain follow up appointments necessary after laser treatment. I acknowledge that the nature and the purpose of this procedure, the risks involved, alternatives and the possible complications have been explained to me and that all my questions, if any, have been answered to my satisfaction. I am aware that the practice of medicine & surgery is not an exact science, and I acknowledge that no guarantee can be made as to the results that may be obtained. All this has been explained to me in the language I understand.

I have read, or had read to me, the above information, and I consent to treatment, recognizing the potential risks that are involved.

---

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# ट्रांस प्यूपिलरी थर्मोथेरेपी (टीटीटी)

श्रॉफ आई सेंटर, नयी दिल्ली के सौजन्य से

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मैं इसके द्वारा डॉ. ....को अपने ऊपर दायी/बायीं आंख में उम्र से जुड़े मैकुलर विकार/पैथोलॉजिक मिपिआ/अन्य कारणों .....  
..... से उत्पन्न मैकुला (जो कि स्पष्ट मध्यवर्ती दृष्टि के लिए रेटिना का महत्वपूर्ण क्षेत्र है) में नियोवैस्कुलर परिवर्तनों के लिए मैं परिवर्तनों हेतु फोटोडायनमिक थेरेपी (पीडीटी) को सम्पन्न करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

ट्रांस प्यूपिलरी थर्मोथेरेपी (टीटीटी) सब-रेटिनल नयी-वाहिका निर्माण, खासकर उस समय जबकि इन नयी वाहिकाओं से सबफोवियल क्षेत्र सम्बद्ध होता है, के उपचार के लिए तैयार किया गया लेजर उपचार का एक प्रकार है।

ये नयी वाहिकाएं सर्वाधिक आमतौर पर 1) बढ़ती उम्र के मैकुलर विकार, 2) कम देखने की बीमारी, 3) सूजन के बाद और 4) इडियोपैथिक कारणों में विकसित होती हैं। टीटीटी का उपयोग कुछ ट्यूमरों के उपचार में भी किया जाता है। जब फाविआ (उत्कृष्ट मध्यवर्ती पाठन और रंगों की दृष्टि के लिए रेटिना का महत्वपूर्ण भाग) सम्बद्ध नहीं होता है तो इन वाहिकाओं को लेजर फोटोकोऑगुलेशन के द्वारा नष्ट किया जा सकता है। फिर भी, इन असामान्य नयी वाहिकाओं को ढकने वाली रेटिनल कोशिकाओं का भी साथ ही में विनाश हो जाता है। रेटिनल कोशिकाओं के प्रकार्य की यह हानि प्रायः अन्य क्षेत्रों में स्वीकार्य होती है लेकिन फोविआ में नहीं। लिहाजा, वैकल्पिक उपचारों की खोज की गयी जो कि ढकने वाली फोवियल रेटिनल कोशिकाओं को नष्ट किये बिना इन असामान्य वाहिकाओं को नष्ट कर सके। इसके लिए आजमाये गये विभिन्न विकल्प हैं :

1) सर्जरी 2) फोटोडायनमिक उपचार (पीडीटी) 3) टीटीटी 4) विकिरण 5) एंटी-एंजियोजेनिक कारक।

- 1) सर्जरी : विशेष रूप से बढ़ती उम्र में मैकुलर विकार में परिणाम खराब होते हैं क्योंकि छिल्ली को हटाने में रेटिनल पिगमेंट एपिथेलियल कोशिकाएं भी हट जाती है और दृष्टि प्रायः बेहतर नहीं होती है। इसके अलावा जटिलता के उत्पन्न होने पर दृष्टि की काफी अधिक हानि का भी जोखिम रहता है।
- 2) फोटोडायनमिक उपचार : यह नयी वाहिकाओं के कुछ विशिष्ट प्रकारों पर ही लागू होता है। उपचार की लागत डाइ की ऊंची लागत की वजह से बहुत अधिक होती है। फॉलो-अप के परीक्षणों में देखी गयी प्रगति के आधार पर पीडीटी उपचार को दोहराये जाने की जरूरत पड़ सकती है।
3. विकिरण – परिणाम उत्साहजनक नहीं रहे हैं।
4. एंटी-एंजियोजेनिक कारक : परिणाम उत्साहजनक नहीं रहे हैं।
5. ट्रांस-प्यूपिलरी थर्मो उपचार : अपेक्षतया कम ऊर्जा वाला डिओड लेजर 810 एनएम का बड़ा स्पॉट नयी वाहिकाओं के क्षेत्र में प्रयोग किया जाता है। इस उपचार के उत्साहजनक परिणाम देखे गये हैं। लगभग दो-तिहाई रोगियों की दृष्टि स्थिर हुई है। बहुत ही थोड़ी संख्या में दृष्टि में वास्तविक सुधार हो सकता है। उपचार के बाद कुछ रोगी मध्यस्थ दृष्टि में कमी का अनुभव कर सकते हैं। फॉलो-अप परीक्षणों और लूओसीन/इंडोसिआनाइन ग्रीन एंजियोग्राम्स में देखी गयी प्रगति के आधार पर टीटीटी उपचार को दोहराये जाने की आवश्यकता पड़ सकती है।

लेजर उपचार के लिए लोकल एनेस्थेटिक ड्रॉप्स को आंख में डाला जाता है और कांटेक्ट लेंस का इस्तेमाल किया जाता है। उपचार के बाद आपको नीचे झुकना, वजन उठाना नहीं चाहिए और आपको दो तकिया रखकर सिर को ऊपर की ओर रखकर सोना चाहिए। उपचार के बाद कुछ घंटों तक आपकी दृष्टि उपचार के लिए आपकी आंखों को तैयार करने के लिए उपयोग में लाये गये ड्रॉप्स की वजह से धुंधली रहेगी। इसके अलावा रोशनी से अपनी आंखों को बचाने के लिए आपको काले रंग का धूप का चश्मा पहनना चाहिए। इस समय के दौरान आपको कोई वाहन नहीं चलाना है। जरूरी नहीं कि आप इस उपचार के लिए सहमति प्रदान करें और अगर आप चाहेंगे तो हम उस दशा में भी आपकी प्रगति को मॉनिटर करना जारी रखेंगे जबकि आपने ट्रांस-प्यूपिलरी थर्मो उपचार (टीटीटी) का विकल्प नहीं चुना है।

उपचार के बाद उपचार के प्रति प्रतिक्रिया और रेटिनोथेरेपी की स्थिति में किसी बदलाव, खासकर ऐसे बदलाव का पता लगाने के लिए समय-समय पर पुनः परीक्षण आवश्यक होता है, जिसके लिए अतिरिक्त उपचार की जरूरत होगी। मैं समझता हूँ कि यह रोगी की जिम्मेदारी है कि वह लेजर उपचार के बाद आवश्यक फॉलोअप मुलाकातों को बनाये रखे। मैं स्वीकार करता हूँ कि इस कार्यविधि की प्रकृति और उद्देश्य, इससे जुड़े जोखिमों, विकल्पों और संभावित जटिलताओं के बारे में मेरे डॉक्टर द्वारा मुझे समझा दिया गया है और यह कि मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दे दिये गये हैं। मैं इस बात से अवगत हूँ कि डॉक्टर और सर्जरी सटीक विज्ञान नहीं है और मैं स्वीकार करता हूँ कि प्राप्त होने वाले परिणामों के बारे में कोई भी गारंटी नहीं दी जा सकती। इस सबको मुझे ऐसी भाषा में बता दिया गया है जिसे कि मैं समझता हूँ।

उपर्युक्त जानकारी को मैंने पढ़ लिया है या मुझे पढ़कर सुना दिया गया है और मैं उपचार से जुड़े संभाव्य जोखिमों को जानते हुए इसके लिए अनुमति प्रदान करता हूँ।

---

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Intravitreal Injection for Endophthalmitis

*Jatin Ashar, Subrata Mandal*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in the language I best understand that drugs would be injected into the vitreous cavity of my eye after appropriate anesthesia to treat and limit the infection in my eye. I have been explained I may or may not regain vision after the procedure and may need a repeat injection or surgery in future. Possible complications of the procedure include retinal detachment, glaucoma, hypotony, cataract, and bleeding. I may also experience side effects such as eye pain, subconjunctival hemorrhage, swelling of the cornea and inflammation of the eye. As with any medication, there is a risk of causing allergic reactions in a small number of patients. Symptoms of allergic reactions include rash, hives, itching and shortness of breath.

I also understand that my eye condition may not get better or may worsen. Any or all the complications explained to me may cause a further deterioration in vision or have a possibility of blindness. Additional procedure may be required for management of the complications.

The nature of my eye condition has been explained to me and the proposed treatment has been described. The risks, benefits, alternatives, and limitations of treatment have been discussed with me. All my questions have been answered.

I here by authorize the doctor to administer intravitreal antibiotics in my R/L eye.

This consent is valid until I revoke it or my condition changes to a point that the risks and benefits of the injection are significantly different from this date.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# एंडोथैलमिटिस के लिए इंद्राविरियल इंजेक्शन

जतिन अशार, सुब्रत मंडल

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे उस भाषा में, जिसे कि मैं अच्छी तरह समझता हूँ, भलीभांति समझा दिया गया है कि मेरी आंख का उपचार करने और संक्रमण को सीमित करने के लिए उपयुक्त एनेस्थेसिया के बाद मेरी आंख की विटरिअस केविटी में दवाओं को इंजेक्शन के जरिये डाला जाएगा। मुझे समझा दिया गया है कि इस प्रक्रिया के बाद मैं दृष्टि को पुनः प्राप्त कर सकता हूँ और नहीं भी कर सकता और भविष्य में फिर से इंजेक्शन या सर्जरी की जरूरत पड़ सकती है। इस कार्यविधि की संभावित जटिलताओं में रेटिनल अलगाव, ग्लूकोमा, हाइपोटोनी, मोतियाबिंद और रक्तस्राव शामिल है। इसके अलावा मैं आंख में दर्द, सब कंजक्टिवल रक्तस्राव, कार्निया की सूजन और आंखों की जलन का अनुभव कर सकता हूँ।

जैसा कि किसी भी दवाई के साथ होता है रोगियों की थोड़ी संख्या में एलर्जिक प्रतिक्रियाएं उत्पन्न हो सकती हैं। एलर्जिक प्रतिक्रियाओं के लक्षणों में ददोरे, हाइव्स, खुजली और सांसों का उखड़ना शामिल है।

मैं यह भी समझता हूँ कि मेरी आंख की अवस्था बेहतर नहीं भी हो सकती या बदतर हो सकती है। मुझे समझाया गया कोई या सभी जटिलताएं दृष्टि के और भी खराब होने का कारण बन सकती हैं या उनकी वजह से मैं दृष्टिहीन हो सकता हूँ। जटिलताओं के प्रबंधन के लिए अतिरिक्त कार्यविधि की आवश्यकता पड़ सकती है। मेरी आंख की अवस्था की प्रकृति मुझे समझा दी गयी है और प्रस्तावित उपचार को वर्णित कर दिया गया है। उपचार के जोखिमों, लाभों, विकल्पों और सीमाओं की मेरे साथ चर्चा की गयी है। मेरे सभी प्रश्नों के उत्तर दिये गये हैं।

इसके द्वारा मैं डॉक्टर को अपनी दायीं/बायीं आंख में इंद्राविरियल एंटीबायोटिक्स को डालने के लिए अधिकृत करता हूँ। यह अनुमति उस समय तक वैध है जब तक कि मैं इसे रद्द नहीं करता या मेरी आंख की अवस्था उस बिंदु तक बदल नहीं जाती है जहां पर इंजेक्शन के जोखिम और लाभ इस तारीख से उल्लेखनीय रूप से भिन्न हों।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Electrophysiological Tests

*Courtesy: Shroff Eye Centre, New Delhi*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Electro-Retinogram (ERG)

This investigation procedure comprises of electrodes, which are put on the cornea and on the skin with which a signal is generated from the retina in response to a flash of light. This tells us, the gross retinal function. The test takes about 45 minutes to 1 hour and includes 30 minutes of dark adaptation (sitting in a dark room) which can be a little tiring. Very rarely the contact lens electrodes can cause corneal discomfort or abrasion which can be managed by proper medication. For this test, the pupils need to be dilated after which you may not be able to drive or do near work for at least 3-4 hours. Sometimes, in cases of very small children or uncooperative patients the test needs to be carried out under anesthesia.

## Visual Evoked Potential (VEP)

This investigation procedure comprises of electrodes, which are put on the skin with which a signal is generated from visual pathway in response to a flash of light. This tells us the gross visual pathway function. The test takes about 30-45 minutes to perform. For this test, the pupils need not be dilated. Sometimes, in cases of very small children or uncooperative patients, the test needs to be carried out under anesthesia.

## Electro - Oculogram (EOG)

This investigation procedure comprises of electrodes which are put on the skin, with which a signal is generated from the retina in response to successive movements of the eye in opposite directions. This tells us the gross retinal function. The test takes about 30-45 minutes to perform. The pupils need not be dilated for this test.

## Informed Consent

The information on ERG/EOG/VEP has been read by me / out to me and having understood the content, I give my consent to the performance of this test on me.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# इलेक्ट्रोफिजियोलॉजिकल परीक्षण

श्रॉफ आई सेंटर, नयी दिल्ली के सौजन्य से

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## इलेक्ट्रो-रेटिनोग्राम (ईआरजी)

जांच-पड़ताल की इस कार्यविधि में इलेक्ट्रोड्स समाहित होते हैं, जिन्हें कि कार्निया पर और त्वचा पर रखा जाता है जिससे प्रकाश की चमक की प्रतिक्रिया में रेटिना से सिग्नल उत्पन्न होता है। यह हमें संपूर्ण रेटिनल प्रकार्य के बारे में बताता है। परीक्षण में तकरीबन 45 मिनट से लेकर 1 घंटे तक का समय लगता है और इसमें अंधेरे में अनुकूलन (अंधेरे कमरे में बैठना) का 30 मिनट शामिल होता है, जो कि थोड़ा थका देने वाला हो सकता है। बहुत ही विरले तौर पर इलेक्ट्रोड्स कार्नील बेचैनी या खरोंच का कारण बन सकते हैं, जिसका कि समुचित दवाई से प्रबंध किया जा सकता है। इस परीक्षण के लिए पुतलियों को फैलाने की जरूरत पड़ती है, जिसके बाद कम से कम 3-4 घंटों के लिए आप वाहन नहीं चला सकते या निकट का काम नहीं कर सकते हैं। कई बार, बहुत ही छोटे बच्चों या सहयोग नहीं देने वाले रोगियों के मामलों में बेहोशी की दशा में इस परीक्षण को करने की जरूरत पड़ सकती है।

## विजुअल एवोक्ड पोर्टेंशल (वीईपी)

जांच-पड़ताल की इस कार्यविधि में इलेक्ट्रोड्स समाहित होते हैं, जिन्हें कि त्वचा पर रखा जाता है जिससे प्रकाश की चमक की प्रतिक्रिया में चाक्षुष रास्ते के प्रकार्य सिग्नल उत्पन्न होता है। यह हमें संपूर्ण चाक्षुष रास्ते के प्रकार्य के बारे में बताता है। परीक्षण में तकरीबन 30 से 45 मिनट तक का समय लगता है। इस परीक्षण के लिए पुतलियों को फैलाने की जरूरत पड़ती है। कई बार, बहुत ही छोटे बच्चों या सहयोग नहीं देने वाले रोगियों के मामलों में बेहोशी की दशा में इस परीक्षण को करने की जरूरत पड़ सकती है।

## इलेक्ट्रो-ओकुलोग्राम (ईओजी)

जांच-पड़ताल की इस कार्यविधि में इलेक्ट्रोड्स समाहित होते हैं, जिन्हें कि त्वचा पर रखा जाता है जिससे कि विपरीत दिशाओं में आंखों की क्रमिक हलचल की प्रतिक्रिया में रेटिना से सिग्नल उत्पन्न होता है। यह हमें संपूर्ण रेटिनल प्रकार्य के बारे में बताता है। परीक्षण में तकरीबन 30-35 मिनट तक का समय लगता है। इस परीक्षण के लिए पुतलियों को फैलाने की नहीं जरूरत पड़ती है।

## सूचित सहमति

ईआरजी/ईओजी/वीईपी पर जानकारी मैं पढ़ ली है/मुझे पढ़कर सुना दी गयी है और अंतर्वस्तु को समझकर मैं इस परीक्षण को अपने ऊपर करने के लिए सहमति प्रदान करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस) ..... (घर) ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

---

# **OCULOPLASTY & ORBIT**

---

---

# Enucleation

*Noornika Khurajam*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my own language that my right/ left eye may be harboring a tumor/ disease which if not removed may result in loss of vision in the same eye and may lead to spread of the disease to other parts of the body and cause risk to my life.

It has been explained to me that the exact confirmation of diagnosis can be obtained only after microscopic examination after removal of the eye.

The option of removing a piece of tissue through surgery or with the help of a needle for the purpose of diagnosis and its risks involved have been explained and given to me.

I understand that the entire eye along with its coverings and part of the nerve attached to it will be removed and replaced by an artificial prosthesis. I also understand that I will have to wear prosthetic eye for cosmetic purpose after the surgery.

I understand that in spite of the best efforts by the operating surgeons, there may be incomplete removal which may require additional surgery or treatment.

I hereby authorize .....and those he/ the institute may designate as staff, associates or assistants to perform surgery for removal of my right/left eye.

It has been explained to me that during the course of treatment, unforeseen conditions may be revealed or encountered which may necessitate surgical and emergency procedures in addition to or different from those contemplated at the time of initial diagnosis. I, therefore, further request and authorize the above designated staff to perform such additional surgical or other procedures as they deem necessary or desirable.

I consent to the use of anesthesia and to use of anesthetics as may be deemed necessary or desirable.

I further consent to the administration of such drugs, infusions, plasma or blood transfusion or any other treatment or procedures deemed necessary.

I consent to the observing, photographing or televising of the procedure to be performed for medical, scientific or educational purpose provided my identity is not revealed by the pictures or by descriptive text accompanying them.

I have been given the opportunity to ask all/any questions and I have also been given the option to ask for any second opinion.

I am fully aware that the surgery is being performed in good faith and that no guarantee or assurance has been given as to the result that may be obtained.

Any tissues or parts surgically removed may be disposed off by the institution in accordance with customary practice.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# एन्यूक्लेशन

नूरनिका खुरैजाम

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी अपनी भाषा में सूचित कर दिया गया है कि मेरी दायीं/बायीं आंख में ऐसे ट्यूमर/बीमारी पैदा हो रही हो सकती है जिसे नहीं हटाये जाने के फलस्वरूप उस आंख की रोशनी जा सकती है और शरीर के दूसरे हिस्सों में बीमारी फैल सकती है और मेरी जान जा सकती है।

मुझे यह बात समझा दी गयी है कि निदान को सटीक पुष्टि आंखों को निकालने के बाद माइक्रोस्कोपिक परीक्षण से ही प्राप्त किया जा सकता है।

निदान के उद्देश्य से सर्जरी के जरिये या सुई की मदद से ऊतक के टुकड़े का निकालने का विकल्प और इससे जुड़े जोखिमों को मुझे समझा दिया गया है।

मैं समझता हूँ कि अपनी कवरिंग के साथ-साथ समूची आंख और उससे जुड़ी नस के एक हिस्से को हटाया जाएगा और उसकी जगह पर नकली आंख लगा दी जाएगी। मैं यह भी समझता हूँ कि मुझे सर्जरी के बाद सुंदर लगने के लिए नकली आंख पहननी पड़ेगी।

मैं समझता हूँ कि ऑपरेशन करने वाले सर्जनों के सर्वश्रेष्ठ प्रयासों के बावजूद हो सकता है कि पूरी निकासी नहीं हो पाये जिसके लिए अतिरिक्त सर्जरी या उपचार की आवश्यकता पड़े।

मैं इसके द्वारा ..... और उन लोगों को दायीं/बायीं आंख को निकालने के लिए सर्जरी करने हेतु अधिकृत करता हूँ, जिन्हें कि उसने/संस्थान ने स्टाफ, एसोसिएट या सहायक के रूप में नियुक्त किया हो।

मुझे यह बात समझा दी गयी है कि उपचार की अवधि के दौरान अप्रत्याशित दशाएं उत्पन्न हो सकती हैं या उनका सामना करना पड़ सकता है जो कि उससे भिन्न सर्जिकल या आपातकालीन कार्यविधियों की आवश्यकता को उत्पन्न करें, जिनकी कि शुरुआती निदान के समय अपेक्षा की गयी थी। अतः, मैं उपर्युक्त निर्दिष्ट स्टाफ से अनुरोध करता हूँ और उसे अधिकृत करता हूँ कि वह इस प्रकार की अतिरिक्त सर्जिकल या अन्य कार्यविधियों को सम्पन्न करे जैसा कि वे आवश्यक या वांछनीय समझते हों।

मैं एनेस्थेसिया और एनेस्थेटिक्स का उपयोग करने के लिए सहमति प्रदान करता हूँ जैसा कि आवश्यक या वांछनीय समझा गया है।

मैं इस प्रकार की दवाओं, इंजेक्शनों, प्लाज्मा या रक्त आधान या किसी अन्य उपचार या कार्यविधि को किये जाने की भी अनुमति प्रदान करता हूँ जैसा कि आवश्यक समझा गया हो।

मैं चिकित्सकीय, वैज्ञानिक या शैक्षणिक उद्देश्य से कार्यविधि के अवलोकन, फोटोग्राफी या टेलीविजन पर प्रसारित करने की अनुमति प्रदान करता हूँ बशर्ते कि तस्वीरों द्वारा या उनके साथ वाले विवरणात्मक पाठ के द्वारा मेरी पहचान नहीं जाहिर होती हो।

मुझे सभी/कोई भी प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है और मुझे कोई द्वितीयक प्रश्न पूछने का भी विकल्प प्रदान किया गया है।

मैं इस बात से पूरी तरह से अवगत हूँ कि सर्जरी सदिच्छा के साथ की जा रही है और यह कि उन परिणामों को लेकर कोई गारंटी या वादा नहीं किया गया है जो कि प्राप्त हो सकते हैं।

सर्जरी से अलग किये गये किन्हीं ऊतकों या अंगों को चालू परिपाटी के अनुसार संस्थान द्वारा निस्तारित किया जा सकता है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस) ..... (घर) ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

---

# Evisceration

*Noornika Khurajam*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that my right/ left eye may be harboring a disease which if not removed may result in loss of vision in the same eye and may lead to spread of the disease to other parts of the body and cause risk to my life and a painful blind eye.

I understand that the total contents of the eyeball will be removed and an artificial prosthesis may have to be implanted to maintain the shape of the eye. I also understand that I will have to wear prosthetic eye for cosmetic purpose after surgery.

I understand that in spite of the best efforts by the operating surgeons, there may be incomplete removal which may require additional surgery or treatment. I also understand that the other eye may be affected after surgery, which may require additional treatment.

I hereby authorize .....and those he/ the institute may designate as staff, associates or assistants to perform surgery for removal of my right/left eye.

It has been explained to me that during the course of treatment, unforeseen conditions may be revealed or encountered which may necessitate surgical and emergency procedures in addition to or different from those contemplated at the time of initial diagnosis. I, therefore, further request and authorize the above designated staff to perform such additional surgical or other procedures as they deem necessary or desirable.

I consent to the use of anesthesia and to use of anesthetics as may be deemed necessary or desirable.

I further consent to the administration of such drugs, infusions, plasma or blood transfusion or any other treatment or procedures deemed necessary.

I consent to the observing, photographing or televising of the procedure to be performed for medical, scientific or educational purpose provided my identity is not revealed by the pictures or by descriptive text accompanying them.

I have been given the opportunity to ask all/any questions and I have also been given the option to ask for any second opinion.

I am fully aware that the surgery is being performed in good faith and that no guarantee or assurance has been given as to the result that may be obtained.

Any tissues or parts surgically removed may be disposed off by the institution in accordance with customary practice.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# एविससिरेशन

नूरनिका खुरैजाम

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी अपनी भाषा में सूचित कर दिया गया है कि मेरी दायीं/बायीं आंख में ऐसे ट्यूमर/बीमारी पैदा हो रही हो सकती है जिसे नहीं हटाये जाने के फलस्वरूप उस आंख की रोशनी जा सकती है और शरीर के दूसरे हिस्सों में बीमारी फैल सकती है और मेरी जान जा सकती है और अंधी आंख में दर्द रह सकता है। मैं समझता हूँ कि नेत्रगोलक की समूची सामग्री को निकाला जाएगा और आंखों की आकृति को बनाये रखने के लिए नकली आंख को लगाना पड़ सकता है। मैं समझता हूँ कि ऑपरेशन करने वाले सर्जनों के सर्वश्रेष्ठ प्रयासों के बावजूद हो सकता है कि पूरी निकासी नहीं हो पाये जिसके लिए अतिरिक्त सर्जरी या उपचार की आवश्यकता पड़े।

मैं यह भी समझता हूँ कि सर्जरी के बाद दूसरी आंख प्रभावित हो सकती है, जिसके लिए अतिरिक्त उपचार की आवश्यकता पड़ सकती है।

मैं इसके द्वारा ..... और उन लोगों को दायीं/बायीं आंख को निकालने के लिए सर्जरी करने हेतु अधिकृत करता हूँ, जिन्हें कि उसने/संस्थान ने स्टाफ, एसोसिएट या सहायक के रूप में नियुक्त किया हो।

मुझे यह बात समझा दी गयी है कि उपचार की अवधि के दौरान अप्रत्याशित दशाएं उत्पन्न हो सकती हैं या उनका सामना करना पड़ सकता है जो कि उससे भिन्न सर्जिकल या आपातकालीन कार्यविधियों की आवश्यकता को उत्पन्न करें, जिनकी कि शुरुआती निदान के समय अपेक्षा की गयी थी। अतः, मैं उपर्युक्त निर्दिष्ट स्टाफ से अनुरोध करता हूँ और उसे अधिकृत करता हूँ कि वह इस प्रकार की अतिरिक्त सर्जिकल या अन्य कार्यविधियों को सम्पन्न करे जैसा कि वे आवश्यक या वांछनीय समझते हों।

मैं एनेस्थेसिया और एनेस्थेटिक्स का उपयोग करने के लिए सहमति प्रदान करता हूँ जैसा कि आवश्यक या वांछनीय समझा गया है।

मैं इस प्रकार की दवाओं, इंजेक्शनों, प्लाज्मा या रक्त आधान या किसी अन्य उपचार या कार्यविधि को किये जाने की भी अनुमति प्रदान करता हूँ जैसा कि आवश्यक समझा गया हो।

मैं चिकित्सकीय, वैज्ञानिक या शैक्षणिक उद्देश्य से कार्यविधि के अवलोकन, फोटोग्राफी या टेलीविजन पर प्रसारित करने की अनुमति प्रदान करता हूँ बशर्ते कि तस्वीरों द्वारा या उनके साथ वाले विवरणात्मक पाठ के द्वारा मेरी पहचान नहीं जाहिर होती हो।

मुझे सभी/कोई भी प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है और मुझे कोई द्वितीयक प्रश्न पूछने का भी विकल्प प्रदान किया गया है।

मैं इस बात से पूरी तरह से अवगत हूँ कि सर्जरी सदिच्छा के साथ की जा रही है और यह कि उन परिणामों को लेकर कोई गारंटी या वादा नहीं किया गया है जो कि प्राप्त हो सकते हैं।

सर्जरी से अलग किये गये किन्हीं ऊतकों या अंगों को चालू परिपाटी के अनुसार संस्थान द्वारा निस्तारित किया जा सकता है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस), ..... (घर), ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

---

# Orbitotomy

*Rachna Meel*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in my mother tongue that a mass has grown adjacent to my left/ right eye. The growth is causing the following:

- |  |        |
|--|--------|
| Displacement and/ protrusion of the eye ball   | Yes/No |
| Decrease vision (Which is due to globe distortion and/or compression of the optic nerve) | Yes/No |
| Restriction of the movements of the eyeball  | Yes/No |
| Abnormal deviation of the eyeball  | Yes/No |
| Drooping of the eyelid   | Yes/No |
| Altered sensations in the area surrounding the eye (forehead/ nose/ cheek)               | Yes/No |
| Incomplete closure of the eye  | Yes/No |

I understand that I need to undergo orbitotomy in order to remove this mass. It is a surgical procedure that involves entering and/or opening up the orbit that is the bony compartment within which the eye is placed. The mass that is removed will then be examined by the pathologist. The histopathological diagnosis will guide further treatment that may involve no further management/ local radiotherapy/ chemotherapy.

I fully understand that it may not be possible to remove the mass completely. The vision, eyeball and eyelid movements, deviation of the eyeball and the sensations around the eye may not recover completely and may even deteriorate due to surgical manipulation.

The surgery has a risk of post operative bleeding and infection in the orbit that may need further treatment in the form of medication or surgery. I also understand the risks of general anesthesia under which this surgery will be done.

Having clearly understood all that is stated above I hereby authorize the doctors to carry out orbitotomy on the right /left side.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# ओर्बिटोमी

रचना मील

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में यह बात समझा दी गयी है कि मेरी बायीं/दायीं आंख के निकट मांस बढ़ गया है।

यह वृद्धि निम्नलिखित को जन्म दे रही है :

नेत्रगोलक का विस्थापन और उभार	हां/नहीं
घटी हुई दृष्टि (जो कि ग्लोब विरूपण और/ या प्रकाशिक नस के संपीडन के चलते है)	हां/नहीं
नेत्रगोलक की हलचलों की सीमा	हां/नहीं
नेत्रगोलक का असामान्य विचलन	हां/नहीं
पलकों की ड्रूपिंग	हां/नहीं
आंखों के इर्दगिर्द (मस्तक, नाक, गाल) में बदली हुई संवेदना	हां/नहीं
आंखों का आधा-अधूरा बंद होना	हां/नहीं

मैं समझता हूँ कि मुझे इस मांस को हटवाने के लिए ऑर्बिटोमी करवाने की जरूरत है। यह सर्जिकल कार्यविधि है जिससे कि ओर्बिट में प्रवेश करना और/या खोलना जुड़ा हुआ होता है, जो कि हड्डियों का खाना होता है जिसके अंदर आंख स्थित होती है। हटाये जाने वाले मांस पिंड का इसके बाद पैथोलॉजिस्ट द्वारा परीक्षण किया जाएगा। हिस्टोपैथोलॉजिकल निदान आगे के उपचार को निर्देशित करेगा जिससे कि आगे का कोई प्रबंधन/लोकल रेडियोथेरेपी/कीमोथेरेपी जुड़ी हुई नहीं हो सकती।

मैं पूरी तरह से इस बात को समझता हूँ कि मांस के पिंड को पूरी तरह से निकालना संभव नहीं भी हो सकता है। दृष्टि, नेत्रगोलक और पुतली की हलचलों, नेत्रगोलक के विचलन और आंखों के इर्दगिर्द की संवेदना की हो सकता है कि पूरी तरह से भरपायी नहीं हो और हो सकता है कि वह सर्जिकल हस्तक्षेप के चलते आगे और खराब हो जाये।

सर्जरी में ऑपरेशन के बाद के रक्तस्राव और ओर्बिट में संक्रमण का जोखिम होता है जिसके लिए दवाई या सर्जरी के रूप में आगे के उपचार की जरूरत पड़ सकती है। इसके अलावा मैं सामान्य बेहोशी के जोखिमों को भी समझता हूँ जिसके तहत यह सर्जरी की जाएगी।

उस सब को स्पष्ट रूप से समझ लेने के बाद जिसे कि ऊपर बताया गया है मैं इसके द्वारा डॉक्टरों को दायीं/बायीं तरफ ओर्बिटोमी को सम्पन्न करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

# Entropion

*Prashant Yadav*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in my own language the risks and complications of surgery. I have also been fully explained the surgery is being done to correct my lid deformity and there will be no improvement in my vision.

The complications which may occur are enumerated below:

- Infection and gape of the surgical wound
- Suture erosion, infection and granuloma formation
- Lid edema and scar of the incision
- Risks of corneal irritation, injury and ulceration
- Hemorrhage and haematoma formation
- Excessive watering / dry eye,
- Damage to the lid margin
- Loss of eyelashes
- Ptosis and lid retraction.
- A skin graft may be required to correct the deformity. I have been explained that:
  - a. The skin graft site maybe post auricular or the anterior forearm
  - b. Graft rejection, infection, contracture or fibrosis may occur
  - c. It has been explained to me that regular aseptic cleaning of the graft has to be done. It also has been explained to me that the donor site in case of a skin graft may gape or get infected and regular aseptic cleaning of the donor site is required.
  - d. A tarsorrhaphy may have to be in place for 3-6 months to prevent contracture of the graft.
- Chances of under correction overcorrection and resurgery have been fully explained.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# एंद्रोपिन

प्रशांत यादव

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी अपनी भाषा में सर्जरी के जोखिमों और जटिलताओं को समझा दिया गया है। मुझे यह बात भी पूरी तरह से समझा दी गयी है कि मेरी पपोट की कुरूपता को ठीक करने के लिए सर्जरी की जा रही है और मेरी दृष्टि में कोई सुधार नहीं होगा। उत्पन्न हो सकने वाली जटिलताओं को नीचे वर्णित किया गया है :

- टांके का क्षरण, संक्रमण और ग्रेनुलोमा निर्माण
- पपोटे का एडिमा और चीरे का घाव
- कार्नील खुजली, चोट और फोड़े का जोखिम
- रक्तस्राव और हैमाटोमा का निर्माण
- अत्यधिक पनीली/शुष्क आंख
- पपोटा मार्जिन को क्षति
- बरौनियों को नुकसान
- पोसिस और पपोटा प्रत्याहार।

कुरूपता को ठीक करने के लिए स्किन ग्राट की आवश्यकता पड़ सकती है। मुझे समझा दिया गया है कि :

ए. स्किन ग्राट की जगह पोस्ट औरिकुलर या शरीर का अग्र भाग या अग्रबाहु हो सकती है

बी. ग्राट का नकारा जाना, संक्रमण, अवकुंचन या फाइब्रोसिस उत्पन्न हो सकता है

सी. मुझे यह बात समझा दी गयी है कि ग्राट की नियमित कीटाणुहीन सफाई करनी होगी। मुझे यह भी समझा दिया गया है कि स्किन ग्राट की दशा में दाता स्थल खुल या संक्रमित हो सकता है और दाता स्थल की नियमित कीटाणुहीन सफाई आवश्यक है।

डी. ग्राट के अवकुंचन को रोकने के लिए टार्सोरहाफी को 3-6 महीनों के लिए काम में लाना पड़ सकता है।

- अंडर करेक्शन, ओवर करेक्शन और फिर से सर्जरी की गुंजाइशों को पूरी तरह से समझा दिया गया है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस), ..... (घर), ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

# Ectropion

*Prashant Yadav*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in my own language the risks and complications of surgery. I have also been fully explained the surgery is being done to correct my lid deformity and there will be no improvement in my vision.

The complications which may occur are enumerated below:

- Infection and gape of the surgical wound
- Suture erosion, infection and granuloma formation
- Lid edema and scar of the incision
- Risks of corneal irritation, injury and ulceration
- Hemorrhage and haematoma formation
- Excessive watering / dry eye
- Damage to the lid margin
- Loss of eyelashes
- Ptosis and lid retraction
- A mucous membrane graft/ nasal septal/ aural cartilage maybe required to correct the deformity. Graft rejection, infection, contracture and/or fibrosis may occur. Regular aseptic cleaning of the graft site has to be done. It also has been explained to me that the donor site (buccal mucosa) of the mucous membrane graft may get infected and I have been explained the importance of regular oral hygiene
- Chances of undercorrection, overcorrection and resurgery have been fully explained

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# एक्ट्रोपिअन

प्रशांत यादव

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी अपनी भाषा में सर्जरी के जोखिमों और जटिलताओं को समझा दिया गया है। मुझे यह बात भी पूरी तरह से समझा दी गयी है कि मेरी पपोट की कुरूपता को ठीक करने के लिए सर्जरी की जा रही है और मेरी दृष्टि में कोई सुधार नहीं होगा। उत्पन्न हो सकने वाली जटिलताओं को नीचे वर्णित किया गया है :

- संक्रमण और सर्जिकल घाव का खुला होना
- टांके का क्षरण, संक्रमण और ग्रेनुलोमा निर्माण
- पपोटे का एडिमा और चीरे का घाव
- कार्नील खुजली, चोट और फोड़े का जोखिम
- रक्तस्राव और हैमाटोमा का निर्माण
- अत्यधिक पनीली/शुष्क आंख
- पपोटा मार्जिन को क्षति
- बरौनियों को नुकसान
- पोसिस और पपोटा प्रत्याहार।
- कुरूपता को ठीक करने के लिए श्लेष्मा की झिल्ली ग्राट/नजल सेप्टल/औरल कार्टिलेज की आवश्यकता पड़ सकती है। ग्राट का नकारा जाना, संक्रमण, अवकुंचन और/या फाइब्रोसिस उत्पन्न हो सकता है। ग्राट वाली जगह की नियमित कीटाणुहीन करनी होगी। मुझे यह भी समझा दिया गया है कि श्लेष्मल झिल्ली ग्राट का दाता स्थल (बुक्कल मुकोसा) संक्रमित हो सकता है और मुझे नियमित मौखिक साफ-सफाई के महत्व को समझा दिया गया है।
- अंडर करेक्शन, ओवर करेक्शन और फिर से सर्जरी की गुंजाइशों को पूरी तरह से समझा दिया गया है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

# Ptosis

*Dinesh Shrey*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in the language that I understand, that the surgery is being done for drooping of my Rt/ Lt/ Both eyelids under Local Anaesthesia.

During the course of the surgery, there are chances of:

- Undercorrection / Overcorrection after surgery that may require resurgery
- Lid edema, lid swelling and infection
- Inability to fully close the eye (lagophthalmos)
- Lid lag during down gaze leading to scleral show
- Corneal exposure and keratopathy
- Injury to the surface of the eyeball/ globe
- Misdirection of the eyelashes that may point towards the eyes instead of away from it
- Blurred vision or double vision for one or two days postoperatively
- Watering of the eyes for the first few days after surgery
- Scarring at the incision site

Knowing the above mentioned facts, I give my consent for my Rt/ Lt/ Both eyelids ptosis surgery.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# पोसिस

दिनेश श्रेय

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरे समझ में आने वाली भाषा में यह बता दिया गया है कि लोकल एनेस्थेसीसिया के तहत मेरी दायीं/बायीं/दोनों पलकों की ड्रूपिंग के लिए सर्जरी की जा रही है।

सर्जरी की अवधि के दौरान, इस बात की गुंजाइश है कि :

- सर्जरी के बाद अंडरकरेक्शन/ओवरकरेक्शन जिसके लिए फिर से सर्जरी की आवश्यकता पड़ सकती है
- पपोट की एडिमा, पपोट की सूजन और संक्रमण
- आंखों को पूरी तरह से बंद करने में अक्षम होना (लैगआर्थैलमोस)
- नीचे नजर होने के दौरान पपोट का पीछे रह जाना जिससे नेत्रगोलक की सफेद बाहरी पलक दिखती है
- कॉर्नील का अरक्षित होना और करैटोपैथी
- नेत्रगोलक/ग्लोब की सतह को चोट
- बरौनियों की गलत दिशा जो कि आंखों से दूर होने की बजाय उसकी ओर जा सकती है
- ऑपरेशन के बाद एक या दो दिनों के लिए धुंधली दृष्टि या दोहरी दृष्टि
- चीरे वाली जगह पर जख्म

ऊपर बताये गये तथ्यों को जानते हुए मैं अपनी दायीं/बायीं/दोनों पपोटों की पोसिस सर्जरी के लिए अपनी अनुमति प्रदान करता हूं।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूं कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Syringing and Probing

*Dinesh Shrey*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in the language that I understand that I / my son / daughter has a block in the passage which is responsible for drainage of tears from eyes to nose. An attempt will be made to open the passage whereby a fine metal probe will be inserted so as to overcome the blockage. The procedure will be done under General Anaesthesia.

- Syringing and Probing is successful in 95% of cases of nasolacrimal duct blockage that are caused by a simple duct blockage.
- The procedure needs to be repeated sometimes if the blockage is not relieved.
- The tear duct may have a complicated type of obstruction or the tear duct might not have developed completely. These complications may be noticed at the time of surgery during probing. Further surgery may be required consequently.
- Bleeding from the nose can occur for upto three days after surgery.
- Lid swelling can occur due to false passage and extravasation of saline.

Knowing the above mentioned facts, I give my consent for my/ my son/ daughter's surgery.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# पिचकारी से सफाई और जांच-पड़ताल

दिनेश श्रेय

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरे द्वारा समझ में आने वाली भाषा में यह बता दिया गया है कि मैं/मेरा बेटा/बेटी के आंखों के निकासी के मार्ग में अवरोध है जिसकी वजह से आंखों से नाक आंसू बहता है। निकासी के इस मार्ग को खोलने के लिए प्रयास किया जाएगा, जिसके द्वारा धातु की चिकनी छड़ डाली जाएगी ताकि निकासी के मार्ग के अवरोध से निजात पायी जा सके। यह कार्यविधि सामान्य बेहोशी की दशा में सम्पन्न की जाएगी।

- पिचकारी से सफाई और जांच-पड़ताल नैसोलैक्रिमल नली अवरोध के 95 प्रतिशत मामलों में सफल है, जो कि सरल नली अवरोध से उत्पन्न होता है।
- अवरोध से अगर मुक्ति नहीं मिलती तो कई बार इस कार्यविधि को दोहराने की जरूरत पड़ती है।
- आंसू की नली में जटिल किस्म की बाधा हो सकती है अथवा आंसू की नली हो सकती है कि पूरी तरह से विकसित नहीं हुई हो। पिचकारी से सफाई के दौरान सर्जरी के समय में ये जटिलताएं नजर आ सकती हैं। इसके फलस्वरूप आगे और सर्जरी की जरूरत पड़ सकती है।
- सर्जरी के बाद तीन दिनों तक नाक से रक्तस्राव हो सकता है।
- निकासी के गलत मार्ग और सेलाइन की निकासी के चलते पपोटे में सूजन आ सकती है।

ऊपर बताये गये तथ्यों को जानते हुए मैं अपनी दायीं/बायीं/दोनों पपोटों की पोसिस सर्जरी के लिए अपनी अनुमति प्रदान करता हूं।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूं कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

# Punctal Plugs

*Prakashchand Agarwal, Bhavna Chawla*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in the language I best understand that I am/ my child is suffering from dry eye syndrome due to inadequate production of tears. Blocking the tear drainage system with artificial punctal plugs may improve my symptoms by retaining more tears in the eye. This is a temporary procedure and may be reversible. I have been explained that alternative treatment options include the frequent use of artificial tears or ointment depending on severity of the condition, topical cyclosporine eyedrops or a permanent closure of the punctum and canaliculus by thermal cauterization or ligation.

Risks associated with this procedure include infection, excessive tearing, irritation and foreign body sensation, loss of the plug and rarely, lodging of the plug in the tear drainage pathway (canaliculus) leading to scarring. In such cases, surgery may be necessary to re-establish tear drainage. The plugs may require replacement or removal. I have been fully explained the permanent nature of the disease and that this treatment might give symptomatic relief by retaining the tears to moisten the ocular surface. This procedure will not cure the primary cause of dry eye syndrome. Regular follow up may be required to assess the ocular surface status and modify medications accordingly.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to insert punctal plugs in my/ my child's

RIGHT lower upper LEFT lower upper eyelid(s)

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# पंकटल प्लग्स

प्रकाशचंद अग्रवाल, भावना चावला

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे ऐसी भाषा में, जिसे कि मैं समझता हूँ, सूचित कर दिया गया है कि मैं/मेरा बच्चा आंसुओं के कम बनने के कारण शुष्क आंख सिंड्रोम से त्रस्त है। नकली पंकटल प्लग्स से आंसू निकसी मार्ग को अवरुद्ध कर देने से आंखों में ज्यादा आंसू रोकने के द्वारा मेरे लक्षणों में सुधार हो सकता है। यह अस्थायी कार्यविधि है और इसे उलटा जा सकता है। मुझे यह बात समझा दी गयी है कि उपचार के वैकल्पिक विकल्पों में नकली आंसुओं अथवा अवस्था की गंभीरता के आधार पर मलहम, टॉपिकल साइक्लोजपोराइन आईड्रॉप्स का अक्सर प्रयोग या थर्मल कौटरी या लिगेशन के द्वारा पंकटम और कैनालिकुलस को हमेशा के लिए बंद करना शामिल है।

इस कार्यविधि से जुड़े जोखिमों में संक्रमण, अत्यधिक आंसू, खुजली और बाहरी चीज पड़े होने की अनुभूति, प्लग की हानि और कभी-कभार आंसू निकासी के मार्ग (कैनालिकुलस) में प्लग का आना जिससे निशाना पड़ जाते हैं। इस तरह के मामलों में आंसू के बहाव के मार्ग को फिर से कायम करने के लिए सर्जरी आवश्यक हो सकती है। मुझे बीमारी की स्थायी प्रकृति के बारे में समझा दिया गया है और यह कि यह उपचार ओकुलर सतह को नम रखने के लिए आंसुओं को रोककर लक्षण से राहत प्रदान कर सकता है। यह कार्यविधि शुष्क आंखों के सिंड्रोम के प्राथमिक कारण को ठीक नहीं करेगी। ओकुलर सतह की स्थिति का आकलन करने और उसके अनुसार दवाई को परिवर्द्धित करने के लिए नियमित फॉलो-अप की आवश्यकता पड़ सकती है।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सहमति के निहिताशयों को पूरी तरह से समझ लिया है और डॉक्टरों को मेरी/मेरी बच्चे की दायीं निचली/ऊपरी, बायीं निचली/ऊपरी पलकों में पंकटल प्लग डालने के लिए अधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

---

# Dacryocystorhinostomy (DCR)

*Rachna Meel*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that the natural passage for tear drainage from my eye (right/ left) is blocked. I understand that in order to overcome the problem of tearing in my eye because of the blockade I need to undergo dacryocystorhinostomy. This surgery involves by-passing the normal drainage system by making a direct communication between this passage and the nose. This will be done by making a bony opening in the adjacent wall of the nose, through a skin incision on the nose. A nasal pack would be kept in the nose for 24 hours post-operatively. Syringing of the passage created by the surgery may be required post-operatively.

I have been explained the risks of this surgery involving: failure ( approx 10%), excessive bleeding during the surgery or postoperatively, infection at the site of surgery and a potential risk of loss of vision due to any of the above reasons. I also understand the risks of local anesthesia under which this surgery will be performed.

Having completely understood the implications of the consent I hereby authorize the doctors to perform dacryocystorhinostomy on my left /right side.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# डैक्रिओसिस्टोरनिस्टोमी (डीसीआर)

रचना मील

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में सूचित कर दिया गया है कि मेरी आंख (दायीं/बायीं) से आंसुओं के बहाव के लिए स्वाभाविक मार्ग अवरुद्ध है। मैं समझता हूँ कि अवरोध की वजह से मेरी आंख में आंसू बहने की समस्या से निजात पाने के क्रम में मुझे डैक्रिओसिस्टोरनिस्टोमी करवाने की जरूरत है। इस सर्जरी से निकासी की सामान्य व्यवस्था और नाक के बीच सीधा संपर्क बनाकर उसे बाहर-बाहर से निकाला जाता है। इस काम को नाक पर त्वचा के चीरे के जरिये नाक से लगी दीवार में हड्डियों में सुराख करके किया जाएगा। ऑपरेशन के बाद चौबीस घंटों तक नाक में नजल पैक को रखा जाएगा। सर्जरी के द्वारा तैयार किये गये बहाव मार्ग की पिचकारी से सफाई ऑपरेशन के बाद जरूरी हो सकती है।

मुझे इस सर्जरी से जुड़े हुए जोखिमों के बारे में समझा दिया गया है : विफलता (तकरीबन 10 प्रतिशत), सर्जरी के दौरान या ऑपरेशन के बाद अत्यधिक रक्तस्राव, सर्जरी की जगह पर संक्रमण और उपर्युक्त कारणों में से किसी के भी चलते दृष्टि की हानि। इसके अलावा मैं लोकल एनेस्थेसिया के जोखिमों को भी समझता हूँ जिसके तहत यह सर्जरी की जाएगी।

सहमति के निहिताशयों को पूरी तरह से समझ चुकने के बाद मैं इसके द्वारा डॉक्टरों को अपनी बायीं/दायीं तरफ डैक्रिओसिस्टोरनिस्टोमी सम्पन्न करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस), ..... (घर), ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

# Contracted Socket

*Prashant Yadav*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in my own language the risks and complications of surgery which is being performed to relieve my orbital socket contracture. These are enumerated below:

- The surgery is being done to correct my contracted socket and there will be no gain in my vision.
- Infection and hemorrhage and gape of the surgical wound may occur.
- Suture erosion, infection and granuloma formation may occur.
- I may require a mucous membrane graft/ amniotic membrane graft or dermis fat graft. I have been explained that:
  - a. Graft rejection, infection, contracture or fibrosis may occur.
  - b. It has been explained to me that regular aseptic cleaning of the graft has to be done and that the donor site in case of a mucous membrane graft is buccal mucosa. I have also been explained the importance of regular oral hygiene.
  - c. In case of dermis fat graft, the graft site will be my gluteal region and I been fully explained the importance of donor site hygiene.
- I will require fornix formation sutures which will be removed after 3 weeks
- I will be required to wear a conformer for 2 months
- I will be given an artificial eye after 2 months. There is a risk of inadequate fitting of the artificial eye. There will only be minimal ocular movements.
- There is a high risk of failure of the socket reconstruction and I may require multiple surgeries.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# अवकुंचित साँकेट

प्रशांत यादव

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री : .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी अपनी भाषा में सर्जरी के जोखिमों और जटिलताओं के बारे में समझा दिया गया है, जिसे कि मेरे आर्बिटन साँकेट अवकुंचन से निजात दिलाने के लिए सम्पन्न किया जा रहा है। इन्हें नीचे दिया गया है :

- मेरे अवकुंचित साँकेट को ठीक करने के लिए सर्जरी की जा रही है और मेरी दृष्टि में इससे कोई सुधार नहीं होगा।
- संक्रमण और रक्तस्राव हो सकता है तथा सर्जिकल घाव खुल सकता है।
- मुझे श्लेष्मा झिल्ली ग्राट/एमिनियोटिक छिल्ली ग्राट या डर्मिस फैंट ग्राट की जरूरत पड़ सकती है। मुझे समझा दिया गया है :  
ए. मुझे यह बात बता दी गयी है कि ग्राट की नियमित कीटाणुहीन सफाई करनी होगी और यह कि श्लेष्मा झिल्ली ग्राट की दशा में दाता स्थल बुक्कल मुकोसा है। मुझे नियमित मौखिक सफाई के महत्व के बारे में भी बता दिया गया है।  
बी. डर्मिस फैंट ग्राट की दशा में ग्राट वाली जगह मेरा ग्लूटील क्षेत्र होगा और मुझे दाता स्थल की सफाई के महत्व के बारे में पूरी तरह से समझा दिया गया है।
- मुझे फोर्निक्स बनाने वाले घाव सीने के धागों की जरूरत पड़ेगी जिन्हें कि तीन हतों बाद निकाला जाएगा
- मुझे दो महीनों तक कॉनफार्मर धारण करने की जरूरत पड़ेगी
- मुझे दो महीनों बाद नकली आंख प्रदान की जाएगी। नकली आंख की अपर्याप्त फिटिंग का जोखिम है। केवल न्यूनतम ओकुलर गतिविधि होगी।
- साँकेट पुननिर्माण की विफलता का काफी जोखिम है और मुझे अनेक सर्जरियों की आवश्यकता पड़ सकती है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# **OCULAR SURFACE, CORNEA & REFRACTIVE SURGERY**

---

# Optical Penetrating Keratoplasty

Gaurav Prakash

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that I/ my child is suffering from whitening of the cornea (Corneal opacity) /other disease involving the cornea and that a surgery to remove this along with some normal cornea will be done. A donor cadaveric cornea will be used to replace this and will be placed with help of sutures.

I have been fully explained regarding the permanent nature of the opacity/ lesion and that it has to be removed to enhance vision. I have been explained the risk of infection, graft rejection, suture loosening and replacement, no improvement or worsening of Best corrected visual acuity, glaucoma secondary to surgery or to medications, cataract formation and high astigmatism after surgery. There may be a need for repeat surgery which may or may not lead to improvement of vision. I have been explained the need for follow up as frequently as advised by the doctors that may span upto years, with multiple investigations at each visit. I have been explained that using medications properly is required for success of the graft. I have been explained that I will need to urgently come for follow-up to ophthalmic casualty if there is a sudden onset of redness, photophobia, foreign body sensation, pain or deterioration of vision as these may be early signs of graft infection or rejection. I understand that inspite of all efforts, there is a possibility that there may be worsening of the visual acuity or the cosmetic appearance of the eye.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to perform Penetrating Keratoplasty on my / my child's right / left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# आप्टिकल पेनेट्रेटिंग करैटोप्लास्टी

गौरव प्रकाश

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री : .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृ भाषा में सूचित कर दिया गया है कि मैं/मेरा बच्चा कार्निया के सफेद होना (कॉर्नल ऑपासिटी)/कॉर्निया से जुड़ी अन्य बीमारी से पीड़ित है और यह कि कुछ सामान्य कार्निया के साथ-साथ इस निकालने के लिए सर्जरी की जाएगी। इसे रिप्लेस करने के लिए दाता कैडावेरिक कॉर्निया का उपयोग किया जाएगा और उसे टांकों की मदद से स्थापित किया जाएगा।

मुझे ऑपासिटी/चीरे की स्थायी प्रकृति की बाबत पूरी तरह से समझा दिया गया है और यह कि दृष्टि को बढ़ाने के लिए इसे निकालना होगा। मुझे संक्रमण, ग्राट के नकार, टांके के ढीला पड़ने और पुनःस्थापन, कोई सुधार नहीं होने या सबसे अच्छे ढंग से ठीक की गयी चाक्षुष तीक्ष्णता के बदतर होने, सर्जरी या दवाइयों के बाद के ग्लूकोमा, मोतियाबिंद निर्माण और सर्जरी के बाद उच्च एस्टिगमैटिज्म के बारे में समझा दिया गया है। सर्जरी दोहराने की जरूरत पड़ सकती है जो कि दृष्टि को सुधार को जन्म दे भी सकता है और नहीं भी। मुझे समझा दिया गया है कि डॉक्टर जितनी बार कहेगा उतनी बार फॉलो-अप विजिट के लिए आना होगा और यह क्रम वर्षों तक चल सकता है और हरेक विजिट पर कई तरह की जांचें की जाएंगी। मुझे यह बात समझा दी गयी है कि समचित तरीके दवाई का उपयोग करना ग्राट की सफलता के लिए आवश्यक है। मुझे यह बात बता दी गयी है कि अगर लाली, फोटोफोबिया, बाहरी कण की अनुभूति, दर्द या दृष्टि बिगड़ने की अकस्मात शुरुआत होती है तो आपातकालीन नेत्र चिकित्सा के लिए फौरन आना पड़ेगा क्योंकि ये ग्राट संक्रमण या नकार के शुरुआती चिन्ह हो सकते हैं। मैं समझता हूँ कि समस्त प्रयासों के बावजूद इस बात की संभावना है कि चाक्षुष तीक्ष्णता या आंखों की सुंदरता बदतर हो जाये।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सहमति के निहिताशयों को पूरी तरह से समझ लिया है और डॉक्टरों को मेरी/मेरे बच्चे की दायीं/बायीं आंख पर पेनेट्रेटिंग करैटोपैथी को सम्पन्न करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस), ..... (घर), ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Therapeutic Keratoplasty

*Anand Agarwal, Shalini Mohan*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

Therapeutic keratoplasty is an ocular surgical procedure which is carried out in patients having infections involving the transparent outer coat of the eye ie cornea. The procedure is usually undertaken in cases with impending corneal perforation or frank perforation or sometimes in cases which are not responding to conventional medical therapy and cases with infection spreading onto deeper layers of the cornea. The procedure is usually carried out under general anesthesia but can be performed under local anesthesia as well depending upon the condition of the patient's eye and systemic status of the patient.

## Post operative care

The eye may be red, swollen and painful following the procedure for which pain relieving oral medications and some eyedrops are given to bring about relief. Out patient visits are done on first day post operatively, day three, day seven and then after every two weeks. It is very important for you to realize that the primary motive of the surgical procedure is salvaging of the eye, and prevention of spread of infection into the eye which can be devastating. ***Attainment of useful vision is only a secondary objective of the procedure for which additional procedures including a repeat corneal replacement may be required at a later date once the infection gets controlled.***

## Post operative course and complications

1. Corneal wound healing problems including persistent epithelial defect
2. Secondary glaucoma
3. Graft rejection and opacification of the donor cornea
4. Suture related problems including loose, broken sutures, suture abscess
5. Recurrence of original infection in the graft
6. Endophthalmitis and shrinkage of globe- these are rare

It is very important for the patient to realize that you have to be on certain topical medications in the form of antibiotics, local anti inflammatory agents, lubricants etc. for a prolonged period of time to bring about an optimal graft and visual acuity outcome. ***Also, the importance of regular follow up as decided by the treating physician cannot be over emphasized.*** Needless to say that you are actively involved in the care of the graft to ensure success.

I have been made aware of the above mentioned facts and I have been counseled about the potential benefits and possible side effects of the procedure and by thoroughly going through all of the above, I give my full informed consent for the above procedure.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# थेरैप्टिक करैटोप्लास्टी

आनंद अग्रवाल, शालिनी मोहान

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री : .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

थेरैप्टिक करैटोप्लास्टी ओकुलर सर्जिकल कार्यविधि है जिसे कि उन रोगियों में सम्पन्न किया जाता है जिन्हें कि आंख की बाहरी पारदर्शी परत अर्थात कॉर्निया से जुड़ा संक्रमण होता है। इस कार्यविधि को प्रायः आसन्न कॉर्नील छेद या स्पष्ट छेद अथवा कई बार ऐसे मामलों, जो कि पारंपरिक चिकित्सा उपचार से ठीक नहीं होते, और कॉर्निया की ज्यादा गहरी परतों में फैलने वाले संक्रमण में सम्पन्न किया जाता है। इस कार्यविधि को सामान्यतः सामान्य बेहोशी की हालत में सम्पन्न किया जाता है पर इसे रोगी की आंख की अवस्था और रोगी के पूरे शरीर की स्थिति के आधार पर लोकल एनेस्थेसिया के तहत भी सम्पन्न किया जाता है।

## ऑपरेशन के बाद की देखभाल

कार्यविधि के बाद आंखों में लाली, सूजन और दर्द हो सकता है जिसके लिए दर्द निवारक मौखिक दवाइयां और कुछ आईड्रॉप्स दिये जा सकते हैं ताकि आराम पहुंचे। ऑपरेशन के बाद पहले दिन, तीसरे दिन, सातवें दिन और फिर हरेक दो हतों पर बाह्य रोगी विजिट होती है। आपको लिए यह समझना जरूरी है कि सर्जिकल कार्यविधि का प्राथमिक उद्देश्य आंखों की रक्षा करना और आंख में संक्रमण के फैलाव को रोकना होता है, जो कि विनाशकारी हो सकता है। **उपयोगी दृष्टि की प्राप्ति कार्यविधि का केवल गौण लक्ष्य होता है जिसके लिए रिपीट कॉर्नील पुनःस्थापन समेत अतिरिक्त कार्यविधियों की एक बार संक्रमण के नियंत्रित हो जाने पर बाद में चलकर आवश्यकता पड़ सकती है।**

## ऑपरेशन बाद का कोर्स और जटिलताएं

1. स्थायी एपिथेलियल खराबी समेत कॉर्नील का घाव भरने में आनी वाली समस्याएं
2. द्वितीयक ग्लूकोमा
3. ग्राट का नकार और दाता कॉर्निया का औपैसिफिकेशन
4. ढीले, टूटे हुए टांगों, टांगे के फोड़ो समेत टांगे से जुड़ी हुई समस्याएं
5. ग्राट में मूलभूत संक्रमण का फिर से हो जाना
6. ग्लोब की एंडोथेलमिटिस और सिकुड़न – ये मुश्किल से ही होता है

रोगी के लिए इस बात को समझना बहुत जरूरी है कि आप लंबे समय तक एंटीबायोटिक्स, सूजन रोधी लोकल एजेंटों, लुब्रिकैंट्स आदि के रूप में कुछ टॉपिकल दवाइयों का प्रयोग करेंगे ताकि अधिकतम ग्राट और चाक्षुष तीक्ष्णता प्राप्त हो सके। **इसके अलावा, उपचार करने वाले डॉक्टर के निर्णय के अनुसार नियमित फॉलोअप के महत्व को समझना बहुत जरूरी है। कहने की जरूरत नहीं कि सफलता को सुनिश्चित करने के लिए आप देखभाल से सक्रिय रूप से जुड़े हुए हैं।**

मुझे ऊपर बताये गये तथ्यों से भलीभांति अवगत करा दिया गया है और मुझे कार्यविधि के संभाव्य लाभों और संभावित पार्श्व-प्रभावों के बारे में परामर्श दिया जा चुका है और इन सभी बातों को कायदे से समझ-बूझ कर मैंने उपर्युक्त कार्यविधि के लिए अपनी पूरी सूचित सहमति प्रदान की है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

# Automated Lamellar Therapeutic Keratoplasty (ALTK)

Gaurav Prakash

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that I/ my child is suffering from whitening of the cornea (Corneal opacity) / corneal ectasia (keratoconus) / other disease involving anterior part of the cornea (specify ..... ) and that a surgery to remove upto anterior, middle and deep part of the cornea (epithelium, basement membrane & upto mid stroma) will be done. A part of a donor cadaveric cornea will be used to replace this and will be placed with the help of sutures.

I have been fully explained regarding the permanent nature of the opacity/ lesion and that it has to be removed to enhance vision. I have been explained the risk of perforation of the host eye, leading to the need for a full thickness corneal transplant. There is risk of infection, graft rejection, suture loosening and replacement , increased blood vessels in interface possibly leading to haemorrhage, no improvement or worsening of Best corrected visual acuity, glaucoma secondary to surgery or to medications, cataract formation and high astigmatism after surgery. There may be a need for repeat surgery which may or may not lead to improvement of vision. I have been explained the need for follow up as frequently as advised by the doctors that may span upto years, with multiple investigations at each visit. I have been explained that using medications properly is required for success of the graft. I have been explained that I will need to urgently come for follow-up to ophthalmic casualty if there is sudden onset of redness, photophobia, foreign body sensation, pain or deterioration of vision as these may be early signs of graft infection or rejection. I understand that inspite of all efforts, there is a possibility that there may be worsening of the visual acuity or the cosmetic appearance of the eye.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to perform Automated Lamellar Therapeutic Keratoplasty on my/ my child's right / left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# आटोमेटेड लैमेलर थेराप्युटिक केराटोप्लास्टी (एएलटीके)

गौरव प्रकाश

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में बताया गया है कि मैं/मेरा बच्चा कार्निया के श्वेतन (कार्निया की अपारदर्शिता/कॉर्नियल इक्विसिया (केराटोकोनस)/कार्निया के अग्र भाग (स्पष्ट करें .....)) में होने वाले किसी अन्य रोग से पीड़ित है और यह भी कि कॉर्निया के अग्र, मध्य या निचले हिस्से (इपिथिलियम, बेसमेंट मेंबरेन और मध्य स्टोमा तक) को निकालने के लिए शल्यक्रिया की जाएगी। इसे प्रतिस्थापित करने के लिए दाता के केडेवरिक कार्निया के किसी हिस्से का उपयोग किया जाएगा और इसे टांकों की मदद से प्रतिस्थापित किया जाएगा।

मुझे अपारदर्शिता/क्षति की स्थाई प्रकृति के बारे में पूरी तरह समझाया गया है और यह भी बताया गया है कि दृष्टि (शक्ति) बढ़ाने के लिए इसे निकाला जाना है। मुझे होस्ट की आंख में छिद्र होने के जोखिम के बारे में बताया गया है जिसके कारण पूरी मोटाई के कार्निया के प्रत्यारोपण की जरूरत पड़ सकती है। संक्रमण, निरोप के अस्वीकरण, टांकों के ढीला होने और प्रतिस्थापन, अंतराफलक में रक्तवाहिनियों के बढ़ जाने से रक्तस्राव होने, दृष्टि की तीक्ष्णता में कोई सुधार न आने या ठीक की गई सर्वश्रेष्ठ दृष्टि तीक्ष्णता के और भी खराब होने जाने, शल्यक्रिया के गौण प्रभाव के रूप में ग्लाकोमा होने के जोखिम को भी स्पष्ट किया गया है। दुबारा शल्य क्रिया करने की आवश्यकता पड़ सकती जिससे दृष्टि शक्ति बढ़ भी सकती है और नहीं भी बढ़ सकती। मुझे यह भी बताया गया है कि डॉक्टर जितनी बार बुलाएगा मुझे उतनी बार फॉलोअप के लिए जाना होगा और प्रत्येक मुलाकात पर बहुत-सी जांचें करानी पड़ सकती हैं। मुझे यह भी स्पष्ट किया गया है कि यदि आंख अचानक लाल हो जाती है, प्रकाश भीति होती है आंख में कुछ पड़े होने, दर्द या दृष्टि शक्ति के अवह्रास की अनुभूति होती है तो मेरा तुरंत नेत्र चिकित्सा आपात कक्ष में फॉलोअप के लिए आना आवश्यक होगा क्योंकि यह निरोप के संक्रमण या अस्वीकरण का शुरुआती संकेत हो सकता है। मैं समझता हूँ कि सारी कोशिशों के बावजूद संभव है कि आंख की दृष्टि की तीव्रता या आंख की प्रसाधक वाह्याकृति और भी खराब हो जाए।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं उपर्युक्त सहमति के निहितार्थों को पूरी तरह समझता हूँ और चिकित्सकों को अपनी/अपने बच्चे की दाईं/बाईं की आटोमेटेड लैमेलर थेराप्युटिक केराटोप्लास्टी करने के लिए प्राधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

# Deep Anterior Lamellar Keratoplasty (DALK)

Gaurav Prakash

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that I/ my child is suffering from whitening of the cornea (Corneal opacity) / corneal ectasia (keratoconus) / other disease involving anterior part of the cornea (specify ..... ) and that a surgery to remove upto anterior, middle and deep part of the cornea (epithelium, basement membrane & stroma upto or just before Descemets) will be done. A part of a donor cadaveric cornea will be used to replace this and will be placed with the help of sutures.

I have been fully explained regarding the permanent nature of the opacity/ lesion and that it has to be removed to enhance vision. I have been explained the risk of perforation of the host eye, leading to the need for a full thickness corneal transplant. There is risk of infection, graft rejection, suture loosening and replacement, increased blood vessels in interface possibly leading to haemorrhage, no improvement or worsening of Best corrected visual acuity, glaucoma secondary to surgery or to medications, cataract formation and high astigmatism after surgery. There may be a need for repeat surgery which may or may not lead to improvement of vision. I have been explained the need for follow up as frequently as advised by the doctors that may span upto years, with multiple investigations at each visit. I have been explained that using medications properly is required for the success of the graft. I have been explained that I will need to urgently come for follow-up to ophthalmic casualty if there is a sudden onset redness, photophobia, foreign body sensation, pain or deterioration of vision as these may be early signs of graft infection or rejection. I understand that inspite of all efforts, there is a possibility that there may be worsening of the visual acuity or the cosmetic appearance of the eye.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to perform Deep Anterior Lamellar Keratoplasty on my / my child's right / left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# डीप एंटीरियर लैमेलर केराटोप्लास्टी (डीएएलके)

गौरव प्रकाश

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री : .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में बताया गया है कि मैं/मेरा बच्चा कार्निया के श्वेतन (कार्निया की अपारदर्शिता / कॉर्नियल इवटेसिया (केराटोकोनस)धकार्निया के अग्र भाग (स्पष्ट करें .....)) में होने वाले किसी अन्य रोग से पीड़ित है और यह भी कि कॉर्निया के अग्र, मध्य या निचले हिस्से (इपिथिलियम, बेसमेंट मेंबरेन और मध्य स्ट्रोमा तक) को निकालने के लिए शल्यक्रिया की जाएगी। इसे प्रतिस्थापित करने के लिए दाता के केडेवेरिक कार्निया के किसी हिस्से का उपयोग किया जाएगा और इसे टांकों की मदद से प्रतिस्थापित किया जाएगा।

मुझे अपारदर्शिता/क्षति की स्थाई प्रकृति के बारे में पूरी तरह समझाया गया है और यह भी बताया गया है कि दृष्टि (शक्ति) बढ़ाने के लिए इसे निकाला जाना है। मुझे होस्ट की आंख में छिद्र होने के जोखिम के बारे में बताया गया है जिसके कारण पूरी मोटाई के कार्निया के प्रत्यारोपण की जरूरत पड़ सकती है। संक्रमण, निरोप के अस्वीकरण, टांकों के ढीला होने और प्रतिस्थापन, अंतराफलक में रक्तवाहिनियों के बढ़ जाने से रक्तस्राव होने, दृष्टि की तीक्ष्णता में कोई सुधार न आने या ठीक की गई सर्वश्रेष्ठ दृष्टि तीक्ष्णता के और भी खराब होने जाने, शल्यक्रिया के गौण प्रभाव के रूप में ग्लाकोमा होने के जोखिम को भी स्पष्ट किया गया है। दुबारा शल्य क्रिया करने की आवश्यकता पड़ सकती जिससे दृष्टि शक्ति बढ़ भी सकती है और नहीं भी बढ़ सकती। मुझे यह भी बताया गया है कि डॉक्टर जितनी बार बुलाएगा मुझे उतनी बार फॉलोअप के लिए जाना होगा और प्रत्येक मुलाकात पर बहुत-सी जांचें करानी पड़ सकती हैं। मुझे यह भी स्पष्ट किया गया है कि यदि आंख अचानक लाल हो जाती है, प्रकाश भीति होती है आंख में कुछ पड़े होने, दर्द या दृष्टि शक्ति के अवन्यास की अनुभूति होती है तो मेरा तुरंत नेत्र चिकित्सा आपात कक्ष में फॉलोअप के लिए आना आवश्यक होगा क्योंकि यह निरोप के संक्रमण या अस्वीकरण का शुरुआती संकेत हो सकता है। मैं समझता हूँ कि सारी कोशिशों के बावजूद संभव है कि आंख की दृष्टि की तीव्रता या आंख की प्रसाधक वाह्याकृति और भी खराब हो जाए।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं उपर्युक्त सहमति के निहितार्थों को पूरी तरह समझता हूँ और चिकित्सकों को अपनी/अपने बच्चे की दाईं/बाईं की आटोमेटेड लैमेलर थेराप्युटिक केराटोप्लास्टी करने के लिए प्राधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Descemet's Stripping Endothelial Keratoplasty (DSEK/DSAEK)

*Bhavna Chawla*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in the language I best understand that I am suffering from an ocular condition (specify \_\_\_\_\_ such as Fuchs' Corneal Dystrophy, trauma, previous intraocular surgery, failed graft) in which a critical number of endothelial cells (inner layer of the cornea) have been lost because of which the cornea has become swollen and cloudy. The remainder of the corneal layers, the stroma and the outer epithelium, are healthy.

An operation known as Descemet's Stripping Endothelial Keratoplasty (DSEK/DSAEK) will be carried out in which a thin button of donor tissue containing the endothelial cell layer will be inserted onto the back surface of my eye.

Advantages of DSEK over full thickness corneal transplantation are that it is faster to perform, the wound is smaller, more stable and less likely to break open from inadvertent trauma. Because the technique requires very few sutures, there is negligible postoperative astigmatism which can otherwise delay visual recovery. Since only the thin inner layer of the cornea is replaced, over 90% of the patient's own cornea remains behind contributing to greater structural integrity and a reduced incidence of rejection.

## **Risks and complications of DSEK/DSAEK**

These include general risks similar to those of a full thickness corneal transplantation such as hemorrhage in the eye, infection, a retinal detachment, rejection of the transplanted tissue, chronic inflammation, double vision, loss of corneal clarity, no improvement in vision or worsening of BCVA, glaucoma secondary to surgery or to medications and cataract formation.

Risks specific to DSEK include displacement of the thin button of endothelium within the first few days or weeks after surgery requiring a repeat surgery to reposition it. If the DSEK operation fails, the operation can be repeated with another button of donor endothelium. Alternatively, a traditional corneal transplant operation can also be performed. Repeat surgery may or may not lead to improvement of vision.

Other complications from the local anesthesia include perforation of the eyeball, damage to the optic nerve, a droopy eyelid, interference with the circulation of the blood vessels in the retina, respiratory depression, and hypotension.

I have been explained the need for follow up as frequently as advised by the doctors that may span upto years, with multiple investigations at each visit. I have been explained that using medications properly is essential for the success of the graft. I have been explained that I will need to urgently come for follow-up to ophthalmic casualty if there is a sudden onset redness, photophobia, pain or deterioration of vision as these may be early signs of graft infection or rejection.

I understand that there may be other unexpected risks or complications that can occur that are not listed here. I also understand that during the course of the proposed operation, unforeseen conditions may be revealed that require the performance of additional procedures, and I authorize such procedures to be performed. I further acknowledge that no guarantees or promises have been made to me concerning the results of any procedure or treatment.

This consent form has also educated me about the various options available to me.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorize the doctors to perform endothelial keratoplasty on my right / left eye.

---

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

**Witness 2**

Signature: .....

Signature: .....

Name: .....

Name: .....

Address: .....

Address: .....

Tel: .....

Tel: .....

# डीस्सीमेट्स स्ट्रिपिंग इंडोथेलियल केराटोप्लास्टी (डीएसईके / डी.एस.ए.ई.के)

भावना चावला

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे उस भाषा में जिसे मैं सबसे अच्छी तरह समझता हूँ सूचित किया गया है कि मैं आंख की किसी अवस्था (स्पष्ट करें.....  
.....जैसे फुक्स कार्नियल डिस्ट्रोफी, घाव, पुरानी अंतः नेषीय शल्यचिकित्सा, असफल निरोप) से पीड़ित हूँ जिसमें महत्वपूर्ण संख्या में कार्निया की इंडोथिलियमी कोशिकाएं नष्ट हो गई हैं जिसके कारण कार्निया में सूजन आ गई है और वह मलिन हो गई है। कार्निया की शेष परतें, स्ट्रोमा और बाहरी इपिथिलियमी कोशिकाएं स्वस्थ हैं।

एक शल्यक्रिया की जाएगी जिसे डिस्सेमेट्स स्ट्रिपिंग इंडोथिलियल केराटोप्लास्टी कहा जाता है, जिसमें इपिथिलियमी कोशिकाओं की परत युक्त दाता के ऊतकों का एक पतला सा बटन मेरी आंख के पीछे की सतह के भीतर घुसा दिया जाएगा।

पूरी मोटाई के कार्निया के प्रत्यारोपण की तुलना में डीएसईके का लाभ यह है कि घाव छोटा होता है, यह अधिक टिकाऊ और असावधानी से लगने वाली चोट से इसके टूटने का खतरा कम रहता है। चूंकि इस तकनीक में टांके बहुत कम लगाने पड़ते हैं इसलिए शल्यक्रिया के बाद का दृष्टिवैषम्य न के बराबर होता है जो अन्यथा दृष्टि के पुनर्लाभ में देर कर सकता है। चूंकि कार्निया की केवल पतली सी भीतरी परत का प्रत्यारोपण किया जाता है, इसलिए 90: से अधिक रोगियों का कार्निया पीछे बना रहता है जो अधिक संरचनात्मक अक्षतता प्रदान करता है और अस्वीकरण की घटनाओं को कम कर देता है।

## डीएसईके / डीएसएईके के जोखिम और जटिलताएं

इनमें आंख में रक्तस्राव, संक्रमण, रेटिना का विलगाव, प्रत्यारोपणित ऊतकों का अस्वीकरण, पुराना प्रदाह, दुहरी दृष्टि, कॉर्निया की स्पष्टता का अभाव, दृष्टि शक्ति में कोई सुधार न होना या बीसीवीए का और भी खराब हो जाना, शल्यक्रिया या उपचार के गौण प्रभाव के रूप में मोतियाबिंद या ग्लाकोमा या मोतियाबिंद के बनने जैसे पूरी मोटाई के कार्नियल प्रत्यारोपण जैसे सामान्य जोखिम शामिल होते हैं।

डीएसईके के विशिष्ट जोखिमों में प्रारंभ के कुछ ही दिनों या हफ्तों के भीतर इंडोथियम की पतली बटन का अपनी जगह से खिसक जाना शामिल है जिसे उसकी जगह पर रखने के लिए दुबारा शल्यक्रिया करनी पड़ती है। यदि डीएसईके प्रक्रिया असफल हो जाती है तो दाता के इंडोथिलियम के दूसरे बटन के साथ दुबारा शल्यक्रिया करनी पड़ सकती है। अन्यथा, कार्निया के प्रत्यारोपण की परंपरागत शल्यक्रिया भी की जा सकती है। दुबारा शल्यक्रिया करने से आंखों की दृष्टि में सुधार हो भी सकता है और नहीं भी।

स्थानिक संवेदनाहरण से होने वाली अन्य जटिलताओं में नेषगोलक में छिद्र, दृक् तंषिकाओं को क्षति, झुकी पलकें, रेटिना की रक्तवाहिनियों में रक्त प्रवाह में व्यवधान, श्वसन संबंधी अवसाद, और निम्न रक्त चाप शामिल हैं।

मुझे स्पष्ट रूप से बताया गया है कि मुझे चिकित्सकों के सुझाए अनुसार बार-बार फॉलोअप के लिए आना होगा जो वर्षों चल सकता है और प्रत्येक मुलाकात पर बहुत-सी जांचें करानी होंगी। मुझे बताया गया है कि निरोप की सफलता के लिए सही ढंग से दवाओं का उपयोग अनिवार्य है। मुझे बताया गया है कि यदि आंख अचानक लाल हो जाती है, प्रकाश भीति, आंख में कुछ पड़े होने, दर्द या दृष्टि शक्ति के अवहास की अनुभूति होती है तो मेरा तुरंत नेष चिकित्सा आपात् कक्ष में फॉलोअप के लिए आना आवश्यक होगा क्योंकि यह निरोप के संक्रम या अस्वीकरण का प्रारंभिक लक्षण हो सकता है।

मैं समझता हूँ कि अन्य अनपेक्षित जोखिम और जटिलताएं हो सकती हैं जिनकी सूची यहां नहीं दी गई है। मैं यह भी समझता हूँ कि प्रस्तावित शल्यक्रिया के दौरान अप्रत्याशित अवस्थाओं का पता चल सकता है जिनके लिए अतिरिक्त प्रक्रियाएं करने की आवश्यकता पड़ सकती है और इस तरह की प्रक्रियाएं करने का अधिकार प्रदान करता हूँ। मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि मुझसे किसी भी प्रक्रिया या उपचार के परिणाम के बारे में किसी तरह की गारंटी या वादे नहीं किए गए हैं।

इस सहमति प्रपत्र ने मुझे दूसरे उपलब्ध विकल्पों के लिए मुझे शिक्षित किया है।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सहमति निहितार्थों को अच्छी तरह समझ लिया है और अपनी दाईं/बाईं आंख में इंडोथिलियमी केराटोप्लास्टी करने का प्राधिकार देता हूँ।

---

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Phototherapeutic Keratectomy (PTK)

*Chandrashekar*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Patient Consent

In giving my permission for excimer laser surgery, I understand the following:

1. The surgical removal of the superficial layers of my cornea using the excimer laser has been elected by me as an alternative to other forms of corneal surgery.
2. As with all surgery, I understand the results cannot be guaranteed.
3. I understand that my vision may be made worse by this procedure. Complications could include: Loss of sharp vision, increased corneal scarring, increased night glare or corneal infection. Any pre-existing viral infections may reappear with the use of post-operative drops. If the cornea has extensive scars, it is possible that a corneal perforation may occur that could produce other changes such as infections, cataracts or the need for additional surgery. I understand that I must be examined closely to ensure proper healing of the treated eye.
4. I understand Phototherapeutic Keratectomy (PTK) with the excimer laser may increase my need for glasses and may require the use of corrective lenses to achieve my best vision.
5. I understand that although sharper vision and less glare are anticipated, it is possible that glare and clarity may be made worse following this procedure.
6. I understand that for those severe corneal problems, where the surgical option for me is a corneal transplant, excimer laser PTK may not eliminate the need for a corneal transplant.
7. I understand it is impossible to state every possible complication that may occur as a result of this surgical procedure.
8. **I understand that not all the beneficial effects of PTK are currently known.**
9. **I also understand that all the risks and complications are not known.**
10. I acknowledge this disclosure of information has been made to me and that all my questions have been answered to my satisfaction. I have read this form (or it has been read to me) and I fully understand the complications, risks and benefits that can result from PTK Surgery. I realize there are no guarantees with PTK Surgery.

**I still however elect to have PTK laser treatment in my R/L / both eye(s).**

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# फोटोथेराप्युटिक केराटेक्टोमी (पीटीके)

चंद्रशेखर

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री : .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## रोगी की सहमति

एक्ससाइमर लेजर शल्यक्रिया करने की अनुमति:

1. मैंने एक्ससाइमर लेजर का उपयोग करके अपनी कॉर्निया की ऊपरी पर्तों के शल्यक्रियात्मक निष्कासन को कॉर्निया की शल्यक्रिया के दूसरे रूपों के विकल्प के रूप में चुना है।
2. मैं समझता हूँ कि दूसरी सभी शल्यक्रियाओं की तरह परिणामों की गारंटी नहीं दी जा सकती।
3. मैं समझता हूँ कि इस प्रक्रिया से मेरी दृष्टि और भी खराब हो सकती है। जटिलताओं में दृष्टि तीक्ष्णता का ह्रास, वर्धित कार्नीयल व्रणचिन्ह, आवर्धित राषि चौंध, या कार्नीया का संक्रमण शामिल हैं। शल्यक्रिया के बाद आंख में टपकाई जाने वाली दवाओं के उपयोग से पहले से मौजूद कोई विषाणु संक्रमण दुबारा उभार कर सकता है। यदि कार्नीया में बहुत से व्रणचिन्ह हैं तो कार्नीया में छिद्र हो सकता है जो संक्रमण, मोतियाबिंद जैसे दूसरे परिवर्तन ला सकता है और अतिरिक्त शल्यक्रिया की आवश्यकता पड़ सकती है। मैं समझता हूँ कि यह सुनिश्चित करने के लिए उपचारित आंख का घाव एक सही ढंग से भरे, बारीकी से मेरी जांच की जानी चाहिए।
4. मैं समझता हूँ कि एक्ससाइमर लेजर से फोटोथेराप्युटिक केराटेक्टोमी (पीटीके) चश्मे, की मेरी आवश्यकता बढ़ा सकती है और मेरी अधिकतम दृष्टि के लिए सुधारक लेंसों की आवश्यकता पड़ सकती है।
5. मैं समझता हूँ कि हालांकि अपेक्षाकृत तीक्ष्ण दृष्टि और कम चौंध अपेक्षित है लेकिन यह भी संभव है कि इस प्रक्रिया के बाद चौंध और दृष्टि दोनों और भी खराब हो जाएं।
6. मैं समझता हूँ कि कार्नीया की उन गंभीर समस्याओं के लिए, जिनके लिए मेरे लिए कार्नीया के प्रत्यारोपण का विकल्प उपलब्ध है, एक्ससाइमर लेजर पीकेटी कार्नीया के प्रत्यारोपण की आवश्यकता खत्म न कर सके।
7. मैं समझता हूँ कि इस शल्यक्रियात्मक प्रक्रिया के फलस्वरूप होने वाली प्रत्येक जटिलता का वर्णन कर पाना असंभव है।
8. मैं समझता हूँ कि पीकेटी के सभी लाभदायक प्रभाव अभी ज्ञात नहीं हैं।
9. मैं यह भी समझता हूँ कि सभी जोखिम और जटिलताएं ज्ञात नहीं हैं।
10. मैंने यह फॉर्म पढ़ लिया है (या इसे पढ़ कर मुझे सुनाया गया है) और मैं पीकेटी शल्यक्रिया की सभी जटिलताओं, जोखिमों और लाभों को पूरी तरह समझता हूँ। मैं समझता हूँ कि पीकेटी शल्यक्रिया की कोई गारंटी नहीं है।

मैं फिर भी अपनी दाईं/बाईं आंख/दोनों आंखों की पीकेटी लेजर चिकित्सा कराने का चुनाव करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

---

# Photorefractive Keratectomy (PRK)

Chandrashekhar

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

In giving my permission for PRK, I understand the following:

The long-term risks and effects of PRK surgery are unknown. The goal of PRK with the excimer laser is to reduce dependence upon or need for contact lenses and/or eyeglasses; however, I understand that as with all forms of treatment, the results in my case cannot be guaranteed. For example:

1. I understand that an overcorrection or undercorrection could occur, causing me to become farsighted or nearsighted or increase my astigmatism and that this could be either permanent or treatable. I understand an overcorrection or undercorrection is more likely in people over the age of 40 years and may require the use of glasses for reading or for distance vision some or all of the time.
2. If I currently need reading glasses, I will likely still need reading glasses after this treatment. It is possible that dependence on reading glasses may increase or that reading glasses may be required at an earlier age if I have PRK surgery.
3. Further treatment may be necessary, including a variety of eye drops, the wearing of eyeglasses or contact lenses (hard or soft), or additional PRK or other refractive surgery.
4. My best vision, even with glasses or contacts, may become worse.
5. There may be a difference in spectacle correction between eyes, making the wearing of glasses difficult or impossible. Fitting and wearing contact lenses may be more difficult.
6. I have been informed, and I understand, that certain complications and side effects have been reported in the post-treatment period by patients who have had PRK, including the following:

A. **Possible short-term effects of PRK surgery:** The following have been reported in the short- term post treatment period and are associated with the normal post-treatment healing process: mild discomfort or pain (first 72 to 96 hours), corneal swelling, double vision, feeling something is in the eye, ghost images, light sensitivity, and tearing.

B. **Possible long-term complications of PRK surgery:**

**Haze:** Loss of perfect clarity of the cornea, usually not affecting vision, which usually resolves over time.

**Starbursting** After refractive surgery, a certain number of patients experience glare, a “starbursting” or halo effect around lights, or other low-light vision problems that may interfere with the ability to drive at night or see well in dim light. Although there are several possible causes for these difficulties, the risk may be increased in patients with large pupils or high degrees of correction. For most patients, this is a temporary condition that diminishes with time or is correctable by wearing glasses at night or taking eye drops. For some patients, however, these visual problems are permanent. I understand that my vision may not seem as sharp at night as during the day and that I may need to wear glasses at night or take eye drops. I understand that it is not possible to predict whether I will experience these night vision or low light problems, and that I may permanently lose the ability to drive at night or function in dim light because of them. I understand that I should not drive unless my vision is adequate. These risks in relation to my particular pupil size and amount of correction have been discussed with me.

**Loss of Best Vision** A decrease in my best vision even with glasses or contacts.

**IOP Elevation:** An increase in the inner eye pressure due to post-treatment medications, which is usually resolved by drug therapy or discontinuation of post-treatment medications.

**Mild or severe infection:** Mild infection can usually be treated with antibiotics and usually does not lead to permanent visual loss. Severe infection, even if successfully treated with antibiotics, could lead to permanent scarring and loss of vision that may require corrective laser surgery or, if very severe, corneal transplantation.

**Keratoconus:** Some patients develop keratoconus, a degenerative corneal disease affecting vision that occurs in approximately 1/2000 in the general population. While there are several tests that suggest which patients might be at risk, this condition can

develop in patients who have normal preoperative topography (a map of the cornea obtained before surgery) and pachymetry (corneal thickness measurement) . Since keratoconus may occur on its own, there is no absolute test that will ensure a patient will not develop keratoconus following laser vision correction. Severe keratoconus may need to be treated with a corneal transplant while mild keratoconus can be corrected by glasses or contact lenses.

- C. **Infrequent complications.** The following complications have been reported infrequently by those who have had PRK surgery: itching, dryness of the eye, or foreign body feeling in the eye; double or ghost images; patient discomfort; inflammation of the cornea or iris; persistent corneal surface defect; persistent corneal scarring severe enough to affect vision; ulceration/ infection; irregular astigmatism (warped corneal surface which causes distorted images); cataract; drooping of the eyelid; loss of bandage contact lens with increased pain (usually corrected by replacing with another contact lens); and a slight increase of possible infection due to use of a bandage contact lens in the immediate post-operative period.

I understand there is a remote chance of partial or complete loss of vision in the eye that has had PRK surgery.

I understand that it is not possible to state every complication that may occur as a result of PRK surgery. I also understand that complications or a poor outcome may manifest weeks, months, or even years after PRK surgery.

I understand this is an elective procedure and that PRK surgery is not reversible.

For women only: I am not pregnant or nursing. I understand that pregnancy could adversely affect my treatment result.

I have spoken with my physician, who has explained PRK, its risks and alternatives, and answered my questions about PRK surgery. I therefore consent to having PRK surgery on:

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

### Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

#### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

#### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# फोटोरिफ्रैक्टिव केराटेक्टोमी (पीआरके)

चंद्रशेखर

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

पीआरके के लिए अपनी अनुमति देते समय मैं निम्नलिखित को समझता हूँ:

पीआरके शल्यचिकित्सा के दीर्घकालिक जोखिम और प्रभाव अज्ञात हैं। एकससाइमर के साथ पीआरके का लक्ष्य कांटेक्ट लेंसों या चश्मे पर निर्भरता या आवश्यकता कम करना है। बहरहाल, मैं समझता हूँ कि जैसा कि सभी तरह के उपचारों के साथ होता है, मेरे मामले में परिणाम की गारंटी नहीं दी जा सकती। उदाहरण के लिए:

1. मैं समझता हूँ कि अति संशोधन या अल्प संशोधन हो सकता है जिसमें मैं निकट दृष्टिदोष या दूर दृष्टिदोष का शिकार हो सकता हूँ या मेरा दृष्टि वैषम्य बढ़ सकता है और यह भी कि यह अस्थायी या उपचारयोग्य हो सकता है। मैं समझता हूँ कि 40 साल से ऊपर के लोगों में अतिसंशोधन या अल्पसंशोधन की संभावना अधिक रहती है और बहुतों को पढ़ने के लिए या की दृष्टि के लिए कुछ समय के लिए या हर समय के लिए चश्मे की आवश्यकता होती है।
2. यदि इस समय मुझे पढ़ने के लिए चश्मे की आवश्यकता है तो हो सकता है कि मुझे उपचार के बाद भी चश्मे की जरूरत पड़े।
3. संभव है कि यदि मैं पीआरके शल्य चिकित्सा कराता हूँ तो पढ़ने के चश्मे पर निर्भरता और बढ़ जाए या कम उम्र में चश्मे की जरूरत पड़ सकती है।
4. मेरी सर्वश्रेष्ठ दृष्टि, चश्मे या कांटेक्ट लेंसों के बाद भी खराब हो सकती है।
5. आंखों के बीच चश्मे के सुधार में अंतर हो सकता है, जिससे आंखों का चश्मा लगाना कठिन या असंभव हो सकता है। कांटेक्ट लेंस लगाना या पहनना अधिक कठिन हो सकता है।
6. मुझे सूचित किया गया है, और मैं समझता हूँ कि पीआरके कराने वाले रोगियों में उपचारोत्तर अवधि में निम्नलिखित सहित कुछ जटिलताओं और दुष्प्रभावों की रिपोर्टें आई हैं:

ए. **पीआरके शल्य चिकित्सा के संभावित अल्पकालीन प्रभाव:** उपचारोत्तर अवधि में निम्नलिखित की रिपोर्टें आई हैं और उत्तरोपचार की सामान्य लाभकारी प्रक्रिया से जुड़ी हैं। हल्का कष्ट या दर्द (पहले 72 से 96 घंटे) कार्निया की सूजन, दुहरी दृष्टि, आंख में कुछ पड़े होने की अनुभूति, आभासी प्रतिबिंब, प्रकाश के प्रति संवेदनशीलता, और आंसू आना।

बी. **पीआरके की संभावित दीर्घकालिक जटिलताएं:**

**धुंध:** कार्निया की पूरी स्पष्टता का अभाव, जो आमतौर पर दृष्टि को प्रभावित नहीं करता, और सामान्यतया समय के साथ अपने-आप ठीक हो जाता है।

**ताराविस्फोट:** अपवर्तक शल्य चिकित्सा के बाद रोगियों की एक निश्चित तादाद चौंध, "तारा विस्फोट" या प्रकाश के गिर्द प्रभामंडल या कुछ रोगी कम रोशनी में देखने की समस्या अनुभव करते हैं जो रात में वाहन चलाने या धुंधली रोशनी में अच्छी तरह देख पाने की समस्या पैदा करती है। हालांकि इन परेशानियों के बहुत से संभावित कारण हो सकते हैं। लेकिन बड़ी पुतलियों वाले या उच्च अंशों के संशोधन के शिकार रोगियों में जोखिम बढ़ जाता है। अधिकतर रोगियों के लिए यह अस्थायी अवस्था होती है जो समय के साथ ठीक हो जाती है या चश्मे लगाना या आंख में टपकाने वाली दवा से ठीक हो सकती है। लेकिन कुछ मरीजों के लिए दृष्टि संबंधी ये समस्याएं स्थायी होती हैं। मैं समझता हूँ कि हो सकता है कि मेरी नजर रात में दिन जितनी तेज नहीं प्रतीत हो और यह भी कि मुझे रात में चश्मा लगाने या आंख में टपकाने वाली दवा लेनी पड़े। मैं समझता हूँ कि इसकी भविष्यवाणी करना संभव नहीं है कि मैं रात की या कम रोशनी की ये समस्याएं अनुभव करूंगा या नहीं, और यह भी कि उनके कारण मैं रात में वाहन चलाने या कम रोशनी में काम करने की सामर्थ्य स्थायी रूप से खो सकता हूँ। मैं समझता हूँ कि मेरी दृष्टि पर्याप्त न हो तो मुझे वाहन नहीं चलाना चाहिए। मेरी आंख की पुतली की विशेष माप और सुधार की माषा संबंधी इन जोखिमों के बारे में मेरे साथ चर्चा की गई है।

**सर्वश्रेष्ठ दृष्टि का ह्रास:** चश्मे और कांटेक्ट लेंसों के बावजूद मेरी सर्वश्रेष्ठ दृष्टि में कमी।

**आईओपी का बहना:** उपचारोत्तर दी जाने वाली दवाओं के कारण आंख के आंतरिक दबाव में वृद्धि हो सकती है, जो सामान्यतया औषधि उपचार या उपचारोत्तर दवाओं के बंद करने से ठीक हो जाता है।

**हल्का या गंभीर संक्रमण:** हल्के संक्रमण का सामान्यतया एंटी बायोटिक्स से इलाज किया जा सकता है और सामान्यतया उनसे दृष्टि की कास्थायी ह्रास नहीं होता। गंभीर संक्रमण, चाहे एंटीबायोटिक्स से सफलतापूर्वक उनका उपचार हो भी जाए तब भी स्थायी व्रणचिन्ह छोड़ सकते हैं और दृष्टि ह्रास पैदा कर सकते हैं जिसके लिए सुराधात्मक लेजर शल्यक्रिया की आवश्यकता होती है, या बहुत गंभीर होने पर कार्निया के प्रत्यारोपण की जरूरत पड़ सकती है।

**केराटोकोनस:** कुछ रोगियों में दृष्टि को प्रभावित करने वाला कार्निया का एक क्षयकारी रोग केराटोकोनस विकसित हो जाता है। यह रोग आम

आबादी में 2000 में से किसी एक व्यक्ति को होता है। हालांकि कई जांचें हैं जो बता सकती हैं कि कौन-से रोगी को इसका जोखिम हो सकता है, लेकिन यह अवस्था उन रोगियों में भी विकसित हो सकती है, शल्यक्रिया से पहले जिनकी टोपोग्राफी (शल्यक्रिया के पहले तैयार किया जाने वाला कॉर्निया का नक्शा) और पैकिमेट्री (कॉर्निया की मोटाई की माप) सामान्य होती है। चूंकि केराटोकोनस अपने आप हो सकता है, इसलिए यह सुनिश्चित कराने वाली कोई पुख्ता जांच नहीं है कि रोगी में लेजर दृष्टि संशोधन के बाद केराटोकोनस विकसित नहीं होगा। गंभीर केराटोकोनस के उपचार के लिए कॉर्निया के प्रत्यारोपण की जरूरत पड़ सकती है जबकि हल्का केराटोकोनस चश्मे या कॉन्टैक्ट लेंसों से ठीक हो सकता है।

सी. **अप्रायिक जटिलताएं।** पीआरके शल्यक्रिया कराने वालों ने निम्नलिखित अप्रायिक जटिलताओं की सूचना दी है: खुजली आंख का सूखापन; या आंख में किसी बाहरी चीज के पड़े होने की अनुभूति; दुहरे या अस्पष्ट प्रतिबिंब, रोगी को कष्ट; कॉर्निया या आइरिस का प्रदाह; कॉर्निया की सतह की चिर स्थायी विकृति; कॉर्निया पर दृष्टि को प्रभावित करने के लिए पर्याप्त स्थायी वृण चिन्ह; घाव/संक्रमण; अनियमित दृष्टि वैषम्य (कॉर्निया की ढंकी हुई सतह जो प्रतिबिंबों को विरूपित कर देती है); मोतियाबिंद; पलकों का झुकाव; दर्द बढ़ जाने के साथ बैंडेज कांटैक्ट लेंस की क्षति (जो सामान्यतया दूसरा कांटैक्ट लेंस लगाने से ठीक हो जाती है); और शल्यक्रिया के बाद की अवधि में बैंडेज कांटैक्ट लेंस के उपयोग के कारण संक्रमण की संभावना में मामूली वृद्धि।

मैं समझता हूँ कि जिस आंख में पीआरके शल्यक्रिया हुई थी उसके आंशिक या पूर्ण दृष्टि ह्रास की हल्की सी संभावना रहती है।

मैं समझता हूँ कि पीआरके शल्यक्रिया के परिणाम स्वरूप होने वाली सभी जटिलताओं का स्पष्टीकरण संभव नहीं है। मैं यह भी समझता हूँ कि पीआरके शल्यक्रिया के हफ्तों, महीनों या वर्षों बाद भी जटिलताएं या खराब नतीजे सामने आ सकते हैं।

मैं समझता हूँ कि यह निर्वाचित प्रक्रिया है और पीआरके शल्यक्रिया रिवर्सिबल नहीं है।

**केवल महिलाओं के लिए:** मैं गर्भवती नहीं हूँ या स्तनपान नहीं करा रही हूँ। मैं समझती हूँ कि गर्भ मेरे उपचार के परिणामों को प्रतिकूल रूप से प्रभावित कर सकता है।

मैंने अपने चिकित्सक से बात कर ली है जिसने पीआरके, इसके जोखिमों और विकल्पों को स्पष्ट किया है और पीआरके शल्यक्रिया संबंधी मेरे प्रश्नों के उत्तर दिए हैं। इसलिए मैं पीआरके शल्यक्रिया करने की सहमति देता हूँ:

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# LASIK

*Prakashchand Agarwal, Reena Sharma*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

LASIK reshapes the cornea, it involves raising a thin flap of corneal tissue using a blade/ femtosecond laser and remodelling of corneal shape using excimer laser.

During the procedure the patient is required to fix his / her gaze at the blinking light, to ensure proper centration. Clicking sound is heard and a smell similar to that of charring of hair is perceived.

## **Expected Benefits**

I understand the purpose of LASIK is to reduce short sightedness , long sightedness and /or astigmatism to provide me much better unaided vision that I presently have without spectacles or/ and contact lenses. However I understand that an excellent unaided vision may not be guaranteed

## **Alternative Treatments**

I understand that continuous use of spectacles and / or contact lenses can provide excellent vision and LASIK is an alternative to decrease the dependence on spectacles and / or contact lenses.

## **Possible Side Effects, Risks and Complications**

### **Undercorrection or Over Correction**

I understand that calculations used in this surgery are based on previous experience on large number of patients and they use average values. Thus depending on the individual variations in response to the procedure, there might be some undercorrection or over correction. As a result, I may require some spectacles to achieve best possible vision for distance and /or near. If treatment may be required, a period of 6 months must elapse between it and the original surgery.

### **Presbyopia**

I understand that as I get older (45 yrs or older), there is a likelihood of requiring spectacles for reading which is based on natural age related changes in the eye on which there is no direct bearing of the LASIK procedure.

### **Decrease of Best Corrected Vision**

I understand that post-LASIK, best spectacle correction may not be as good as before the procedure.

### **Glare, Starbursts and Double Vision**

These may occur, more so in the first 24 hours. In most cases, they disappear in 1-4 weeks.

### **Rare Complications**

Infection, inflammation, corneal oedema, loss or damage to the corneal flap.

### **Long Term Changes**

There may be alteration in power requiring spectacles or contact lenses.

---

**Technical Failure**

It may lead to abandoning the procedure and performing a repeat procedure at a later date.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorize the doctors to perform the procedure on my R/  
L Eye. I have had all the questions answered to my satisfaction.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# लासिक

प्रकाशचंद अग्रवाल, रीना शर्मा

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

लासिक कॉर्निया को फिर से गढ़ती है, इसके अंतर्गत किसी ब्लेड/फेमटो सेकंड लेजर का उपयोग करके कॉर्निया के ऊतकों के एक पतले पट्टे को उठाया जाता है और एक्ससाइमर लेजर का उपयोग करके कॉर्निया को फिर से गढ़ा जाता है।

उचित एकाग्रता सुनिश्चित करने के लिए रोगी को प्रक्रिया के दौरान रोगी को जलती-बुझती रोशनी पर अपनी नजर टिकाए रखनी होती है। टिक-टिक की आवाज आती है और बालों के जलने जैसी गंध की अनुभूति होती है।

## अपेक्षित लाभ

मैं समझता हूँ कि लासिक का उद्देश्य बिना चश्मे या कांटेक्ट लेंसों के मेरी वर्तमान दृष्टि से बेहतर असमर्थित दृष्टि प्रदान करने के लिए दूरदृष्टि दोष, निकट दृष्टिदोष और/या दृष्टिवैषम्य को कम करना है। बहरहाल मैं समझता हूँ कि उत्कृष्ट असमर्थित दृष्टि की गारंटी नहीं दी जा सकती।

## वैकल्पिक उपचार

मैं समझता हूँ कि लगातार चश्मे और/या कांटेक्ट लेंसों का उपयोग मुझे उत्कृष्ट दृष्टि प्रदान कर सकता है और लासिक चश्मे या कांटेक्ट लेंसों पर निर्भरता कम करने का एक विकल्प है।

## संभावित दुष्प्रभाव जोखिम और जटिलताएं

### अल्प संशोधन या अति संशोधन

मैं समझता हूँ कि इस शल्यक्रिया में प्रयुक्त होने वाले आकलन मरीजों की बड़ी संख्या के पिछले अनुभवों पर आधारित होते हैं और लोग औसत मानों का उपयोग करते हैं। इसलिए प्रक्रिया के प्रति अनुक्रिया में व्यक्तिगत विभिन्नताओं के आधार पर कुछ अल्पसंशोधन या अतिसंशोधन हो सकते हैं। नतीजतन मुझे सर्वश्रेष्ठ संभावित दूर/या निकट दृष्टि प्राप्त करने के लिए कुछ चश्मे की जरूरत पड़ सकती है। यदि उपचार की आवश्यकता हुई तो मूल शल्यक्रिया और उपचार के बीच 6 महीने का अंतर अवश्य होना चाहिए।

### प्रेस्वायोपिया

मैं समझता हूँ कि मैं जैसे-जैसे मेरी उम्र (45 साल या उससे अधिक) बढ़ती जायेगी, पढ़ने के लिए चश्मे की आवश्यकता पड़ सकती है। जो आंख में उम्र से संबंधित प्राकृतिक बदलावों पर आधारित होता है और जिसका लासिक प्रक्रिया से कोई सीधा संबंध नहीं होता।

### सर्वश्रेष्ठ संशोधित दृष्टि में कमी

मैं समझता हूँ कि लासिक के बाद चश्मे से संशोधित सर्वश्रेष्ठ दृष्टि प्रक्रिया से पहले की मेरी दृष्टि से अच्छी नहीं भी हो सकती।

### चौंध, तारा विस्फोट और दोहरी दृष्टि

ये हो सकते हैं, शुरुआती 24 घंटे के भीतर ऐसा होने की संभावना अधिक रहती है। अधिकतर मामलों में 1-4 हफ्ते के भीतर खत्म हो जाते हैं।

### दुर्लभ जटिलताएं

संक्रमण, प्रदाह, कॉर्निया की सूजन, कॉर्निया की पट्टी का क्षय या क्षति।

### दीर्घकालिक परिवर्तन

आवश्यक चश्मे या कांटेक्ट लेंसों के पावर में परिवर्तन।

## तकनीकी असफलता

इसकी वजह से प्रक्रिया छोड़ने और आगे किसी तिथि पर दुबारा करने की जरूरत पड़ सकती है।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपयुक्त सहमति के निहतार्थों को पूरी तरह समझ लिया है और चिकित्सकों को दाईं/बाईं आंख पर यह प्रक्रिया करने का अधिकार देता हूँ। मुझे मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दिए गए हैं।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Astigmatic Keratotomy (AK)

*Asim K. Kandar*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Introduction

Astigmatic keratotomy (AK) is a surgical procedure which consists of making fine microscopic arcuate (curved) incisions, either singly or as a pair, at optical zones of either 6 or 7 mm, or relaxing incisions at the limbus, which is the junction of the clear part of the eye (cornea) with the white (sclera) of the eye. These cuts are made for the purpose of flattening the steepest part of the cornea in an attempt to obtain a more spherical cornea. AK permanently changes the shape of the cornea. Although the goal of AK is to improve vision to the point of not wearing glasses, this result is not guaranteed.

AK is an elective procedure: There is no emergency condition or other reason that requires or demands that you have it performed. You could continue wearing contact lenses or glasses and have adequate visual acuity. This procedure, like all surgery, presents some risks, many of which are listed below. You should also understand that there might be other risks not known to your doctor that may become known later. Despite the best of care, complications and side effects may occur; should this happen in your case, the result might be affected even to the extent of making your vision worse.

## Alternatives to AK

If you decide not to have AK, there are other methods of correcting your astigmatism. These alternatives include, among others, eyeglasses, contact lenses, and other refractive surgical procedures such as PRK or LASIK.

## Patient Consent

I give my consent to my ophthalmologist to perform AK, and I declare that I have received no guarantee as to the success of my particular case. I understand that the following risks are associated with the procedure:

## Potential Risks and Complications

1. I understand that there is a possibility that my vision may not improve with this surgery or that the desired results of surgery may not be obtained. It is possible that I may require additional surgery at a later date or that I could still need glasses after surgery. It is possible that I may not be able to wear contact lenses after having this surgery.
2. As a result of the surgery, it is possible that I could lose vision or best-corrected vision. This could happen as a result of infection that could not be controlled with antibiotics or other means, which could even cause loss of my eye.
3. Irregular healing of incisions may cause the corneal surface to be distorted. In that case, it may be necessary for me to wear a contact lens to affect useful vision, and there is a possibility that this may not restore useful vision.
4. I understand that I may experience incapacitating light sensitivity from sunlight or other bright light sources for a varying length of time, or possibly permanently.
5. I understand that I may experience incapacitating glare or halos from oncoming headlights or other bright light sources, particularly in the evening or at nighttime, for a varying length of time or possibly permanently. I am aware that this may interfere with driving for an indefinite period both during day and night, and I understand that I am not to drive until I am certain that my vision is adequate both during day and night.
6. I understand that fluctuations or variation in vision may occur during the day during the initial stabilization period (up to three months or longer).
7. As occurs in all surgical procedures, scarring is the result of making incisions in living tissue. This particular surgery is no exception.
8. My eye will be more susceptible to a blow to the eye during the healing phase and possibly somewhat after healing as the microscopic scar tissue may not be as strong as the normal tissue. Protective eyewear is recommended for all contact and racquet sports where a direct blow to the eye could cause permanent injury to the eye.

9. Additional reported complications include corneal perforation, which could possibly require sutures; incisional inclusions, corneal vascularization, corneal ulcer formation, endothelial cell loss, epithelial healing defects, and very rarely, endophthalmitis (internal infection of the eye, which could lead to permanent loss of vision).
10. I understand that, as with all types of surgery, there is a possibility of complications due to anesthesia, drug reactions or other factors that may involve other parts of my body. I understand that, since it is impossible to state every complication that may occur as a result of any surgery, the list of complications in this form may not be complete.

**Patient’s Statement of Acceptance and Understanding**

The details of the procedure known as AK have been presented to me in detail in this document and explained to me by my ophthalmologist. My ophthalmologist has answered all my questions to my satisfaction. I have read this informed consent form (or it has been read to me), and I fully understand it and the possible risks, complications, and benefits that can result from surgery. I therefore consent to AK surgery.

I wish to have AK performed on my R/L/Both eye(s).

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor’s signature

Doctor’s name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# एस्टिग्मेटिक केराटोमी (एके)

आसिम के. कंदर

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## परिचय

एस्टिग्मेटिक केराटोमी (एके) एक शल्यक्रियात्मक प्रक्रिया है जिसमें 6 या 7 मिमी के दृक्मंडल पर या तो एकल या जोड़े में सूक्ष्मदर्शी से दिखने वाले चापाकार (वक्र) चीरे लगाए जाते हैं या लिम्बस पर शिथिलकारी चीरे लगाए जाते हैं जो आंख के स्वच्छ भाग (कार्निया) और श्वेत पटल (स्क्लीरा) की संधि पर होता है। ये चीरे और भी गोलाकार कार्निया प्राप्त करने के प्रयास में कार्निया के सबसे ढलवां हिस्से को चपटा करने के उद्देश्य से लगाए जाते हैं। हालांकि एके का लक्ष्य दृष्टि में इस विंदु तक सुधार लाना है कि चश्मे न लगाने पड़ें लेकिन इस परिणाम की गारंटी नहीं होती।

एके एक निर्वाचित प्रक्रिया है: ऐसी को आपात् अवस्था या दूसरा कारण या आवश्यकता नहीं होती जिसकी वजह से आपको यह प्रक्रिया करानी पड़ती है। आप चश्मा या कांटैक्ट लेंस पहन कर पर्याप्त दृष्टि गतिविधियां कर सकते हैं। सभी शल्यक्रियाओं की तरह यह प्रक्रिया भी कुछ जोखिम पैदा करती है जिनकी सूची नीचे दी गई है। आपको यह भी समझना चाहिए कि दूसरे जोखिम भी हो सकते हैं, आपका चिकित्सक जिनके बारे में न जानता हो आगे चल कर जिनका पता चल सकता है। अच्छी से अच्छी परिचर्या के बावजूद जटिलताएं और दुष्प्रभाव हो सकते हैं। यदि आपके साथ होता है तो परिणाम इस हद तक प्रभावित हो सकते हैं कि आपकी दृष्टि बद से बदतर हो जाए।

## एके के विकल्प

यदि आप एके न कराने का निश्चय करते हैं तो भी आपके दृष्टि वैषम्य को ठीक करने के विकल्प हैं। इनमें अन्य विकल्पों के अतिरिक्त चश्मे, कांटैक्ट लेंस, और अन्य अपवर्तक शल्यक्रियात्मक प्रक्रियाएं जैसे पीआरके या लासिक शामिल हैं।

## रोगी की सहमति

मैं अपने नेत्र विशेषज्ञ को एके करने की सहमति देता हूँ और घोषणा करता हूँ कि मुझे मेरे विशेष मामले की सफलता की कोई गारंटी नहीं दी गई है। मैं समझता हूँ कि प्रक्रिया से निम्नलिखित जोखिम जुड़े हैं:

## संभावित जोखिम और जटिलताएं

1. मैं समझता हूँ कि इस शल्यक्रिया से मेरी दृष्टि में सुधार न होने की संभावना है या यह भी हो सकता है कि शल्यक्रिया के वांछित परिणाम न प्राप्त हों। यह भी संभव है कि आगे किसी दिन मुझे किसी अतिरिक्त शल्यक्रिया की आवश्यकता पड़े या यह भी हो सकता है कि मुझे शल्यक्रिया के बाद चश्मे लगाने की आवश्यकता पड़े। यह संभव है कि यह शल्यक्रिया करने के बाद मैं कांटैक्ट लेंस न पहन सकूँ।
2. संभव है कि शल्यक्रिया के परिणाम स्वरूप मेरी दृष्टि या सर्वश्रेष्ठ संशोधित दृष्टि चली जाए। यह किसी संक्रमण के परिणाम स्वरूप हो सकता है जिसे एंटीबायोटिक्स या दूसरे साधनों से नियंत्रित न किया जा सके, जिसकी वजह से मेरी आंख भी जा सकती है।
3. कटानों के अनियमित रूप से भरने के कारण कार्निया की सतह विकृत हो सकती है। उस स्थिति में मुझे उपयोगी दृष्टि पाने के लिए कांटैक्ट लेंस पहनने की आवश्यकता पड़ सकती है और यह भी संभव है कि यह मेरी उपयोगी दृष्टि को लौटा न सके।
4. मैं समझता हूँ कि मैं विभिन्न समयावधियों के लिए या स्थायी रूप से सूरज की रोशनी या तेज रोशनी के दूसरे स्रोतों से अक्षम बना देने वाली प्रकाश संवेदनशीलता अनुभव कर सकता हूँ।
5. मैं समझता हूँ कि मैं विभिन्न समयावधियों या संभवतः स्थायी रूप से शाम के समय या रात में आने वाली हेडलाइट या तेज प्रकाश के अन्य स्रोतों से अक्षम कर देने वाली चौंध अनुभव कर सकता हूँ। मैं जानता हूँ कि यह अनिश्चित अवधि के लिए दिन और रात दोनों समय में मेरी वाहन चालन क्षमता को प्रतिकूल रूप से प्रभावित कर सकता है, और मैं समझता हूँ कि मुझे तब तक वाहन नहीं चलाना चाहिए जब तक कि मैं आश्वस्त न हो जाऊँ कि दिन और रात दोनों के दौरान मेरी दृष्टि पर्याप्त है।
6. मैं समझता हूँ कि प्रारंभिक स्थायित्व अवधि के दौरान दिन के समय मेरी दृष्टि में (तीन महीने या इससे अधिक समय तक) उतार-चढ़ाव आ सकते हैं।
7. जैसा कि सभी शल्यक्रियात्मक प्रक्रियाओं में होता है, व्रण चिन्ह जीवित ऊतकों में चीरे लगाने से बनते हैं। यह विशेष शल्यक्रिया कोई अपवाद नहीं है।
8. मेरी आंख घाव भरने की अवस्था या संभवतः घाव भरने के बाद भी आघात के प्रति अधिक सुग्राह्य होगी क्योंकि सूक्ष्मदर्शी व्रण ऊतक सामान्य ऊतकों जितने दृढ़ नहीं होंगे सभी संपर्क और रैकेट से खेले जाने वाले खेलों के दौरान सुरक्षात्मक नेत्र पहनावे की सलाह दी जाती है। क्योंकि आंख को लगने वाला सीधा आघात आंख को क्षति पहुंचा सकता है।

9. अतिरिक्त प्रतिवेदित जटिलताओं में कार्निया के छिद्र शामिल हैं जिनके लिए संभवतः टांके लगाने की आवश्यकता पड़ सकती है; चीरे से संबंधित अंतर्वेशन, कार्निया का वाहिकावर्धन, कार्निया में व्रण बनने, इपीथिलियमी कोशिकाओं का क्षय, इपीथिलियमी घाव के भरने में विकृति, और बहुत ही विरले मामलों में एंडोथेलमाइटिस (आंख का अंदरूनी संक्रमण जिसके कारण स्थायी रूप से दृष्टि जा सकती है) शामिल हैं।
10. सभी शल्यक्रियाओं की तरह इसमें भी संज्ञाहरण, दवाओं के प्रतिकूल प्रभावों या दूसरे कारकों से जिसमें मेरे शरीर के दूसरे हिस्से शामिल हो सकते हैं, जटिलताएं हो सकती हैं। मैं समझता हूँ कि चूंकि किसी भी शल्यक्रिया के परिणाम स्वरूप होने वाली प्रत्येक जटिलता को स्वष्ट करना असंभव है इसलिए हो सकता है कि इस प्रपत्र की जटिलताओं की सूची पूरी न हो।

### रोगी की स्वीकृति और समझदारी का बयान

मुझे इस दस्तावेज में एके के नाम से जानी जाने वाली प्रक्रिया का विस्तृत विवरण दिया गया है और मेरे नेत्र चिकित्सक द्वारा मुझे समझाया गया है। मेरे नेत्र चिकित्सक ने मेरे प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दिए हैं। मैंने यह सूचित सहमति प्रपत्र पढ़ लिया है (या मुझे पढ़ कर सुनाया गया है) और मैं इसे और संभावित जोखिमों, जटिलताओं, और इस शल्यक्रिया के परिणाम स्वरूप होने वाले लाभों को पूरी तरह समझता हूँ। इसलिए मैं एके सर्जरी की सहमति देता हूँ।

मैं दाईं/बाईं आंख/दोनों आंखों पर एके कराना चाहता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Intacs

*Rashim Mannan, J. S. Titiyal*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## **Nature of the Intacs Procedure**

Intacs® is a non-laser procedure with FDA approval for use in patients with myopia and astigmatism. Intacs are intrastromal corneal ring segments in the shape of a semi-circle which an ophthalmologist inserts into the non-seeing periphery of the cornea through a tiny incision. These segments flatten the central cornea without removing tissue to better focus light. The segments are made of the same material that's been implanted in human eyes after cataract surgery, called PMMA (polymethylmethacrylate). The procedure is performed under local anesthesia, peri-bulbar block or topical (eye drops) anesthesia. During the procedure, if performed under topical anesthesia, patient has to fix his or her gaze on the bright light of the operating microscope or as instructed by the operating ophthalmologist.

Expected benefits: Intacs® have the advantage of removability or exchangeability for different sized segments, and maintaining a more natural corneal shape. Intacs cannot be felt by the patient, require no maintenance, and are probably less visible than a contact lens to the naked eye. Patients who elect to have Intacs® are not “locked in” to the procedure forever, as are patients who undergo other refractive procedures such as LASIK or PRK.

Alternative treatments: I understand that continuous use of spectacles and / or contact lenses can provide good vision and Intacs® is an alternative to decrease the dependence on glasses and / or contact lenses.

## **Possible Side Effects, Risks and Complications**

1. **OVER/UNDER-CORRECTION:** I understand that calculations used in this surgery are based on previous experience on large number of patients and these use average values. I understand that Intacs® do not provide a full correction or a full reversal back to eye's normal refractive state. Rather, the goal is to reduce myopia and astigmatism and /or to alter the shape of the cornea so that contact lenses can have a better fit. Thus depending on individual variations in response to the procedure, there may be some under-correction or over-correction.
2. **VISUAL ACUITY FLUCTUATION:** I may have blurred vision or fluctuating vision following the procedure, this is due to modulation in the corneal tissue in response to Intacs® in the corneal stroma.
3. **LIGHT SENSITIVITY:** I may experience glare or halos form light sources, more so during night time. These tend to disappear with time but glare may persist for a long time particularly at night.
4. **INDUCED ASTIGMATISM:** I understand that I may experience a temporary blurring or distortion of vision for several days after the procedure. This type of visual distortion is normal during the healing process and, in most cases, it decreases over time. However, in rare instances, it may be permanent.
5. **PRESBYOPIA AND OTHER OCULAR CONDITIONS:** I understand that Intacs® will NOT prevent the development of naturally occurring eye problems such as glaucoma, cataracts, retinal degeneration, or detachment. Further Intacs® do not correct the condition known as presbyopia (or aging of the eye), which may require reading glasses for close work at about age 40.
6. **OTHER COMPLICATIONS:** Like any other surgical procedure of the eye, insertion of Intacs® can lead to trauma to corneal tissue leading to corneal edema, perforation, infection, which if severe could result in the loss of the eye or, rarely, a cataract. I understand that stromal thinning may occur due to shallow placement, which would require removal of the Intacs®. Further I have been made fully aware that if there are complications or problems during the surgery, the surgeon may not be able to insert Intacs®, and the surgery may have to be cancelled.

There are other risks associated with any surgery. Since it is impossible to state every risk or complication that may occur as a result of any surgery, the possible risks and complications listed in this informed consent may be incomplete. There may be risks or complications associated with this surgery that are unknown because this is a relatively new procedure.

---

I hereby give permission to release/publish medical data and/or video/audio record/photograph the current procedure and the procedures performed in subsequent/ follow up visits for the advancement of medical knowledge.

In signing this consent form for insertion of Intacs® I am stating that I have read this consent form (or it has been read to me) and I fully understand the nature and the purpose of and the possible side effects, risks and complications of this procedure. Although it is impossible for the doctor to inform me of every possible complication that may occur, the doctor has answered all my questions to my satisfaction.

I give permission to perform Intacs® insertion on my R/L/Both eye(s).

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

### Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

#### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

#### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# इंटैक्स

राशिम मन्त्रान, जे. एस. तितियाल

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## इंटैक्स प्रक्रिया की प्रकृति

इंटैक्सो मायोपिया और दृष्टि वैषम्य के रोगियों के उपयोग के लिए एफडीए स्वीकृत एक गैर लेजर प्रक्रिया है। इंटैक्स अर्द्धवृत्ताकार अंतः पीठिकीय कार्निया रिंग सिग्मेंट होते हैं जिन्हें कोई नेष चिकित्सक एक छोटे-से चीरे में से कार्निया की न दिखने वाली परिधि के भीतर घुसा देता है। ये सिग्मेंट बिना ऊतक निकाले कार्निया के मध्यभाग को चपटा कर देते हैं जिससे प्रकाश बेहतर ढंग से केंद्रित होता है। ये सिग्मेंट पीएमएमए पॉलिमेथाइल-मेथाक्राइलेट नामक उसी पदार्थ से बने होते हैं जिसे मोतियाबिंद के ऑपरेशन के बाद इनसान की आंख में प्रत्यारोपित किया जाता है। यह प्रक्रिया लोकल एनेस्थीसिया, पेरी बल्बर ब्लॉक या टॉपिकल (आईड्रॉप) एनेस्थीसिया के अंतर्गत किया जाता है। प्रक्रिया के दौरान, यदि टॉपिकल एनेस्थीसिया के अंतर्गत किया जाता है तो रोगी को शल्यक्रिया कर रहे नेत्रविशेषज्ञ के निर्देशानुसार ऑपरेटिंग माइक्रोस्कोप की तेज रोशनी में टकटकी लगा कर देखना होता है।

अपेक्षित लाभ: इंटैक्स के साथ लाभ यह होता है कि उन्हें निकाला जा सकता है या विभिन्न माप के खंडों के लिए परस्पर बदला जा सकता है, और कार्निया का अधिक स्वाभाविक आकार बनाए रखा जा सकता है। रोगी इंटैक्सो की अनुभूति नहीं कर सकते, उनका कोई अनुरक्षण नहीं करना होता, और संभवतः कांटैक्ट लेंस के मुकाबले नंगी आंखों को कम दिखते हैं। जो रोगी इंटैक्स लगवाने का चुनाव करते हैं उन्हें लासिक या पीआरके जैसी दूसरी अपवर्तक प्रक्रियाएं कराने वाले रोगियों की तरह हमेशा के लिए प्रक्रिया के साथ 'नहीं बंधे रखना' होता।

वैकल्पिक उपचार: मैं समझता हूँ कि लगातार चश्मे और/या कांटैक्ट लेंस का उपयोग अच्छी दृष्टि प्रदान कर सकता है और इंटैक्सो चश्मे या कांटैक्ट लेंसों पर निर्भरता कम करने वाले विकल्प हैं।

## संभावित दुष्परिणाम, जोखिम और जटिलताएं

1. अति/अल्प संशोधन: मैं समझता हूँ कि इस शल्यचिकित्सा में प्रयोग होने वाले आकलन रोगियों की बड़ी संख्या के अनुभवों पर आधारित होते हैं और वे औसत मानों का उपयोग करते हैं। मैं समझता हूँ कि इंटैक्स पूरा संशोधन नहीं करते या आंखों की सामान्य अपवर्ती अवस्था को पूरी तरह वापस नहीं ले आते। इसके बजाय इनका लक्ष्य निकट दृष्टिदोष और दृष्टि वैषम्य को कम करना और/या कार्निया के आकार को बदलना होता है ताकि कांटैक्ट लेंस अच्छी तरह फिट हों। इसलिए प्रक्रिया के प्रति व्यक्तिगत अनुक्रियाओं की विभिन्नता के आधार पर कुछ अतिसंशोधन या अल्प संशोधन हो सकते हैं।
2. दृष्टि की तीव्रता में उतार-चढ़ाव: प्रक्रिया के बाद मेरी दृष्टि धुंधली हो सकती है या मेरी दृष्टि में उतार-चढ़ाव आ सकते हैं। यह कार्निया के स्टोमा में लगे इंटैक्सो की अनुक्रिया में कार्निया के ऊतकों में मांड्यूलन के फलस्वरूप हो सकता है।
3. प्रकाश संवेदनशीलता: मैं प्रकाश के स्रोत से लंबे समय तक चौंध या प्रभामंडल अनुभव कर सकता हूँ, रात के समय ऐसा और भी हो सकता है।
4. प्रेरित दृष्टिवैषम्य: मैं समझता हूँ कि मैं प्रक्रिया के बाद कई दिन तक अस्थायी रूप से धुंधली या विकृति दृष्टि की अनुभूति कर सकता हूँ। घाव भरने के दौरान इस तरह की दृष्टि संबंधी विकृति सामान्य होती है, और अधिकतर मामलों में समय बीतने के साथ यह कम होती जाती है। लेकिन विरले मामलों में यह स्थाई हो सकती है।
5. जरा दूरदृष्टि और दृष्टि संबंधी अवस्थाएं: मैं समझता हूँ कि इंटैक्स ग्लाइकोमा, मोतियाबिंद, रेटिना के अपक्षय या विलगाव जैसी सामान्य तौर पर होने वाली समस्याओं को नहीं रोकेंगे। इसके अतिरिक्त इंटैक्स प्रेसबायोपिया (या आंखों का बुढ़ापा) के नाम से जानी जाने वाली अवस्था को ठीक नहीं करेगा जिसमें लगभग 40 वर्ष की उम्र में नजदीक के काम के लिए पढ़ने का चश्मा आवश्यक हो जाता है।
6. अन्य जटिलताएं: आंख की किसी दूसरी शल्यक्रियात्मक प्रक्रिया की तरह इंटैक्स का सन्निवेश कार्निया के ऊतकों को आघात पहुंचा सकता है जिससे कार्निया में सूजन आ सकती है, संक्रमण हो सकते हैं, जो यदि गंभीर हुए तो आंख जा सकती है या विरले मामलों में मोतियाबिंद हो सकता है। मैं समझता हूँ कि उथले स्थापन के कारण स्ट्रोमा पतला हो सकता है जिससे इंटैक्सो का निकालना आवश्यक हो जाता है। इसके अतिरिक्त मुझे इसके बारे में पूरी जानकारी दी गई है कि यदि शल्यक्रिया के दौरान कोई जटिलताएं या समस्याएं पैदा हुईं तो हो सकता है कि शल्यचिकित्सक इंटैक्स न घुसा सके और शल्य क्रिया रद्द करनी पड़े।

शल्यक्रिया के साथ और भी जोखिम जुड़े हैं। चूंकि किसी भी शल्यक्रिया के परिणाम स्वरूप होने वाले प्रत्येक जोखिम या जटिलता का खुलासा करना असंभव है, इसलिए इस सहमति प्रपत्र में दी गई संभावित जोखिमों और जटिलताओं की सूची अपूर्ण हो सकती है। यह भी हो सकता है कि इस शल्यक्रिया से जुड़े कुछ ऐसे जोखिम या जटिलताएं हों जो अभी तक अज्ञात हों क्योंकि यह अपेक्षाकृत नई प्रक्रिया है।

मैं एतद्वारा चिकित्सीय ज्ञान की प्रगति के लिए वर्तमान प्रक्रिया और आगमी/फॉलोअप मुलाकातों के दौरान की जाने वाली प्रक्रियाओं से संबंधित चिकित्सीय आंकड़ों और/या वीडियो रिकॉर्ड/चिप जारी करने/प्रकाशित करने की अनुमति देता हूँ। इंटैक्सो के सन्निवेश की अनुमति देता हूँ।

इंटैक्सो के सन्निवेश की अनुमति देते हुए मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने यह सहमति प्रपत्र पढ़ लिया है (या मुझे पढ़ कर सुनाया गया है) और मैं प्रक्रिया की प्रकृति और उद्देश्य और संभावित दुष्प्रभावों, जोखिमों और जटिलताओं को समझता हूँ। हालांकि चिकित्सक के लिए मुझे प्रत्येक संभावित जटिलता के बारे में सूचित कर पाना संभव नहीं है लेकिन चिकित्सक ने मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दिए हैं।

मैं अपनी दाईं/बाईं आंख/दोनों आंखों में इंटैक्सो लगाने की अनुमति देता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित हैं।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Phakic IOL

*Rashim Mannan, J. S. Titiyal*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Nature Of The Phakic Iol Procedure

Surgical implantation of a phakic intraocular lens is one of a number of alternatives for correcting nearsightedness. In phakic implant surgery, an artificial lens (such as the ICL or Verisyse phakic intraocular lens) is surgically placed inside your eye. The lens is made from material similar to the type used for intraocular lenses currently being implanted in the eye to correct vision after cataract surgery. The difference between phakic implant surgery and other intraocular lens implants is that your natural lens is not removed during phakic implant surgery. The phakic lens is inserted in addition to your natural lens. The procedure is performed under local anesthesia, peribulbar block.

The surgeon will make two small holes in the colored portion of your eye (the iris) to help ensure that intraocular fluid does not build up behind the phakic lens; this procedure is called an iridotomy. It will take place either at the time of surgery by using an instrument (a surgical iridotomy) or within two weeks before the placement of the phakic implant by using a laser (YAG-laser iridotomy).

## Indications & Expected Benefits

If you have myopia, hyperopia or astigmatism, phakic implant surgery may improve your natural vision without the use of glasses or contacts. Further they have the advantage of removability and maintaining a more natural corneal shape. Phakic IOL cannot be felt by the patient, require no maintenance, and are less visible than a contact lens to the naked eye. Patients who elect to have Phakic IOL implants are not “locked in” to the procedure forever, as are patients who undergo other refractive procedures such as LASIK or PRK.

## Alternative Treatment

I understand that continuous use of spectacles and / or contact lenses can provide good vision and Phakic IOL is an alternative to decrease the dependence on glasses and / or contact lenses.

## Possible Side Effects, Risks And Complications

### Vision Threatening Complications:

**ANAESTHETIC COMPLICATIONS:** In most cases, the surgery will be accomplished with use of an injection around the eye for anesthesia. Very rare complications from injections include damage to the eye muscles, perforation of the eye, and damage to the retina or optic nerve leading to loss of vision.

**INFECTION:** I understand that mild or severe infection is possible. Mild infection can usually be treated with antibiotics and usually does not lead to permanent visual loss. Severe infection, even if treated with antibiotics, could lead to permanent scarring and loss of vision.

**IRIS ATROPHY:** I understand that I could experience damage to the iris (the colored portion of the eye) leading to iris atrophy or develop a rise in the pressure in my eye (secondary glaucoma). I may require another iridotomy if this occurs or eye drops to control the pressure.

**RETINAL DETACHMENT:** I understand that I could develop a retinal detachment, a separation of the retina from its adhesion at the back of the eye, which usually results from a tear in the retina and could lead to vision loss. Patients with moderate to high levels of nearsightedness have a higher risk of retinal detachment when compared to the general population. This risk level may be increased with implantation of the phakic IOL.

**CATARACT:** I understand that I may develop a cataract, or a clouding of the eye’s natural lens, which impairs normal vision, and may require removal of the lens, the phakic implant, and insertion of an artificial lens.

---

**CORNEAL INVOLVEMENT:** I understand that I may develop corneal swelling (edema) and/or ongoing loss of cells lining the inner surface of my cornea (endothelial cells). These cells play a role in keeping the cornea healthy and clear. Corneal edema and loss of endothelial cells may result in a hazy and opaque appearance of the cornea, which could reduce vision and may require a corneal transplant.

**GLAUCOMA:** I understand that I may develop glaucoma, which is an increase in the pressure of the eye caused by slowed fluid drainage. Glaucoma can lead to vision loss, and may require treatment with long-term medications or surgery.

I understand that other complications could threaten my vision, including, but not limited to, iritis or inflammation of the iris (immediate and persistent), uveitis, bleeding, swelling in the retina (macular edema), and other visual complications. Though rare, certain complications may result in total loss of vision or even loss of the eye. Complications may develop days, weeks, months, or even years later.

### **Non-vision-threatening Side Effects**

**GLARE OR HALOS:** I understand that there may be increased sensitivity to light or night glare. I also understand that at night there may be a “starbursting” or halo effect around lights. The risk of this side effect may be related to the size of my pupil, and larger pupils may put me at increased risk.

**UNDER/OVER CORRECTION:** I understand that an over-correction or under-correction could occur, causing me to become farsighted, remain nearsighted, or increase my astigmatism and that this could be either permanent or treatable with either glasses, contact lenses, or additional surgery.

**REPEAT SURGERY:** I understand that the phakic lens may need to be repositioned, removed surgically, or exchanged for another lens implant. The lens may change position (de-centration), or I may require a different size or power of lens than that of the implanted lens. Potential complications of additional surgery include all of the complications possible from the original surgery.

**PROTECTIVE GLASSES:** I understand that, after phakic implant surgery, the eye may be more fragile to trauma from impact. I understand that the treated eye, therefore, is somewhat more vulnerable to all varieties of injuries. I understand it would be advisable for me to wear protective eyewear when engaging in sports or other activities in which the possibility of a ball, projectile, elbow, fist, or other traumatizing object contacting the eye may be high.

**PRESYOPIA:** I understand that if I currently need reading glasses, I will still likely need reading glasses after this treatment. It is possible that dependence on reading glasses may increase or that reading glasses may be required at an earlier age if I have this surgery.

I understand that the correction that I can expect to gain from phakic implant surgery may not be perfect. I understand that it is not realistic to expect that this procedure will result in perfect vision, at all times, under all circumstances, for the rest of my life. I understand I may need glasses to refine my vision for some purposes requiring fine detailed vision after some point in my life, and that this might occur soon after surgery or years later.

I understand that, since it is impossible to state every complication that may occur as a result of any surgery, the list of complications in this form may not be complete.

I understand that because I have a phakic lens, it is important for me to be seen at all follow-up visits as felt necessary by my surgeon.

I hereby give permission to release/publish medical data and/or video/audio record/photograph the current procedure and the procedures performed in subsequent/ follow up visits for the advancement of medical knowledge.

In signing this consent form for insertion of Phakic IOL I am stating that I have read this consent form (or it has been read to me) and I fully understand the nature and the purpose of and the possible side effects, risks and complications of this procedure. Although it is impossible for the doctor to inform me of every possible complication that may occur, the doctor has answered all my questions to my satisfaction.

I give permission to perform phakic IOL insertion on my R/L/Both eye(s).

---

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# फॉकिक आईओएल

राशिम मन्नान, जेएस तितियाल

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## फॉकिक आईओएल की प्रकृति:

फॉकिक इंद्राओक्यूलर लेंस का शल्यक्रियात्मक प्रत्यारोपण निकट दृष्टिदोष दूर करने के बहुत से विकल्पों में से एक है। फॉकिक प्रत्यारोपण शल्यक्रिया में आपकी आंख में शल्यक्रिया द्वारा एक कृषिम लेंस (जैसे, आईसीएल या वेरिसाइसे फॉकिक इंद्राओक्यूलर लेंस) लगाया जाता है। यह लेंस उसी पदार्थ से बना होता है जिस पदार्थ से बने लेंस इन दिनों मोतियाबिंद के ऑपरेशन के बाद दृष्टि सही करने के लिए आंख में प्रत्यारोपित किए जाते हैं। फॉकिक प्रत्यारोपण और दूसरे इंद्राओक्यूलर लेंसों के प्रत्यारोपण शल्यक्रिया में आपका प्राकृतिक लेंस नहीं निकाला जाता। आपके प्राकृतिक लेंसों के अतिरिक्त फॉकिक लेंस घुसा दिए जाते हैं। यह प्रक्रिया लोकल एनेस्थीसिया, पेरी बल्बर ब्लॉक के अंतर्गत की जाती है।

चिकित्सक यह सुनिश्चित करने के लिए कि फॉकिक लेंस के पीछे अंतःनेषीय तरल जमा न हों, आपकी आंख के रंगीन भाग (आइरिस) में दो छोटे छिद्र करेगा। इस प्रक्रिया को आइरिडोटमी कहा जाता है। एक उपकरण (एक शल्यक्रियात्मक आइरिडोटमी) का उपयोग करके शल्यक्रिया के दौरान किया जाएगा या एक लेजर (वाईएजी – लेजर आइरिडोटमी) का उपयोग करके फॉकिक लेंस के स्थापन के दो हफ्तों पहले किया जाएगा।

## चिकित्सा सुझाव और अपेक्षित लाभ

यदि आप मायोपिया, हाइपरओपिया या दृष्टिवैषम्य से पीड़ित हैं तो फॉकिक प्रत्यारोपण शल्यक्रिया चश्मे या कांटेक्ट लेंसों के बिना ही आपकी प्राकृतिक दृष्टि को सुधार सकती है। ऊपर से उन्हें निकाला जा सकता है और वे कार्निया के आकार को अधिक प्राकृतिक बनाए रखते हैं। रोगी फॉकिक आईओएल को अनुभव नहीं कर सकता, उसके अनुरक्षण की कोई आवश्यकता नहीं होती और नंगी आंखों से कांटेक्ट लेंस के मुकाबले कम दिखते हैं। फॉकिक प्रत्यारोपण कराने वाले रोगी लासिक या पीआरके जैसी अन्य अपवर्तक प्रक्रियाएं कराने वाली रोगियों की तरह हमेशा के लिए प्रक्रिया से 'बंधे नहीं' रहते।

## वैकल्पिक उपचार

मैं समझता हूँ कि चश्मे और/या कांटेक्ट लेंसों का सतत प्रयोग अच्छी दृष्टि प्रदान कर सकता है और फॉकिक आईओएस चश्मे और/या कांटेक्ट लेंसों की निर्भरता कम करने का एक विकल्प है।

## संभावित दुष्प्रभाव, जोखिम और जटिलताएं

### दृष्टि के लिए खतरनाक जटिलताएं:

एनेस्थीसिया की जटिलताएं: अधिकतर मामलों में शल्यक्रिया संवेदनाहरण के लिए आंखके आस-पास एक सूई लगा कर की जाएगी। इन सूइयों की अन्य अत्यंत विरल जटिलताओं में आंख की पेशियों को क्षति, आंख में छिद्र हो जाना, और रेटिना या दृक् तंत्रिकाओं को क्षति शामिल हैं जिससे दृष्टि का ह्रास हो सकता है।

संक्रमण: मैं समझता हूँ कि हल्के या गंभीर संक्रमण संभव है। हल्के संक्रमणों का सामान्यतया एंटीबायोटिक्स से इलाज किया जा सकता है और सामान्यतया उनसे अस्थायी दृष्टि ह्रास नहीं होता। एंटीबायोटिक्स से उपचार के बावजूद गंभीर संक्रमणों से स्थायी व्रणचिन्ह बन सकते हैं और दृष्टि का क्षय हो सकता है।

आइरिस एट्रोफी मैं समझता हूँ कि मैं आइरिस (आंख के रंगीन भाग) का क्षति अनुभव कर सकता हूँ जिससे आइरिस एट्रोफी हो सकता है या मेरी आंख में दबाव बढ़ सकता है (द्वितीयक ग्लाकोमा) हो सकता है। यदि ऐसा होता है तो मुझे दुबारा इरिडोटोमी करानी पड़ सकती है या दबाव नियंत्रित करने के लिए आंख में टपकाई जाने वाली दवा का उपयोग करना पड़ सकता है।

रेटिना का विलगाव: मैं समझता हूँ कि मैं रेटिना के बिलगाव, यानी आंख के पीछे अपने प्राकृतिक स्थान से रेटिना के अलगाव का शिकार हो सकता हूँ जो सामान्यतया रेटिना के फटने से होता है और जिसकी वजह से दृष्टि का क्षय हो सकता है। सामान्य आबादी की तुलना में हल्के, नियंत्रित निकट दृष्टिता से पीड़ित रोगियों में रेटिना के बिलगाव का जोखिम अधिक रहता है। फॉकिक आईओएल के प्रत्यारोपण से जोखिम का यह स्तर बढ़ सकता है।

मोतियाबिंद: मैं समझता हूँ कि मुझे मोतियाबिंद हो सकता है या आंख के सामान्य लेंस धुंधले हो सकते हैं जिससे सामान्य दृष्टि कमजोर हो जाती है, और लेंस निकाले जाने, फॉकिक प्रत्यारोपण और कृषिम लेंस लगाने की आवश्यकता पड़ सकती है।

कार्निया का इनवोलमेन्ट मैं समझता हूँ कि मेरी कार्निया में सूजन (शोथ) आ सकता है और/या मेरी कार्निया की निचली सतह के अस्तर की कोशिकाओं (इंडोथिलियमी कोशिकाओं) का क्षय हो सकता है। ये कोशिकाएं कार्निया को स्वस्थ और स्वच्छ रखने में भूमिका निभाती हैं। कार्निया में सूजन आने और इंडोथिलियमी कोशिकाओं के क्षय से कार्निया धुंधली और अपारदर्शी हो सकती है जिससे दृष्टि कमजोर पड़ सकती है और कार्निया के प्रत्यारोपण की आवश्यकता पड़ सकती है।

ग्लाकोमा: मैं समझता हूँ कि मुझे ग्लाकोमा हो सकता है जो तरल के धीमे बहाव के कारण आंख में दबाव बढ़ने से होता है। ग्लाकोमा से दृष्टि कमजोर पड़ सकती है और कार्निया के प्रत्यारोपण की आवश्यकता पड़ सकती है।

मैं समझता हूँ कि अन्य जटिलताएं मेरी दृष्टि के लिए खतरा बन सकती हैं, इनमें आइरिटिस या आइरिस का प्रदाह (तात्कालिक और पुराना), यूवियाशोथ, रक्तस्राव, रेटिना में सूजन और दृष्टि संबंधी अन्य जटिलताएं शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं। हालांकि विरले मामलों में ही होता है लेकिन कुछ जटिलताओं के फलस्वरूप आंखों की रोशनी पूरी तरह जा सकती है या आंख ही खराब हो सकती है। जटिलताएं दिनों, हफ्तों, महीनों या यहां तक कि वर्षों बाद भी हो सकती हैं।

## दृष्टि के लिए खतरा न बनने वाली जटिलताएं

चौंध या प्रभांमंडल: मैं समझता हूँ कि प्रकाश के प्रति संवेदनशीलता या राशि चौंध बढ़ सकती है। मैं यह भी समझता हूँ कि रात में "ताराविस्फोट" या प्रकाशस्रोत के आस-पास आभांमंडल दिख सकता है। इस दुष्परिणाम का जोखिम मेरी आंख की पुतलियों की माप से संबंधित हो सकता है और अपेक्षाकृत बड़ी पुतली मुझे अधिक जोखिम में डाल सकती है।

अल्प/अति संशोधन: मैं समझता हूँ कि अति संशोधन या अल्प संशोधन हो सकता है जिससे मैं निकट दृष्टिदोष या दूर दृष्टिदोष का शिकार हो सकता हूँ या मेरा दृष्टिवैषम्य बढ़ सकता है और यह भी कि यह या तो स्थायी हो सकता है या चश्मे, कांटैक्ट लेंसों या अतिरिक्त शल्यचिकित्सा से उपचार योग्य हो सकता है।

दुबारा शल्यचिकित्सा: मैं समझता हूँ कि फेकिक लेसों को पुनर्स्थापित करना पड़ सकता है। शल्यक्रिया द्वारा निकालना या दूसरे लेंस से पुनरप्रत्यारोपण करना पड़ सकता है। लेंसों की स्थिति बदल सकती है (डीसेंट्रेशन), या प्रत्यारोपित लेंस के पावर से अलग माप और पावर वाले लेंस की आवश्यकता पड़ सकती है। अतिरिक्त शल्यचिकित्सा की संभावित समस्याओं में मूल शल्यचिकित्सा की सभी संभावित समस्याएं शामिल होती हैं।

सुरक्षात्मक चश्मा: मैं समझता हूँ कि फेकिक प्रत्यारोपण शल्यचिकित्सा के बाद मेरी आंख टक्कर से लगने वाले आघात के प्रति अधिक नाजुक हो सकती है। मैं समझता हूँ कि उपचारित आंख हर तरह की चोटों के लिए कुछ अधिक आघात योग्य होती है। मैं समझता हूँ कि मुझे ऐसे खेलों या दूसरी गतिविधियों में भाग लेते समय सुरक्षात्मक चश्मे लगाने की सलाह दी जाएगी जिसमें आंख से गेंद, गोली, कुहनी, घूंसा या आघातकारी दूसरी वस्तुओं के टकराने की आशंका अधिक हो सकती है।

जरा दूरदृष्टि: मैं समझता हूँ कि यदि इस समय मुझे पढ़ने के चश्मे की आवश्यकता है तो हो सकता है कि इस उपचार के बाद भी पढ़ने के चश्मे की आवश्यकता पड़े। यह भी हो सकता है कि यदि मैं यह शल्यचिकित्सा कराता हूँ तो पढ़ने के चश्मे पर मेरी निर्भरता और बढ़ जाए या कम उम्र में ही पढ़ने के चश्मे की जरूरत पड़ जाए।

मैं समझता हूँ कि मैं फेकिक आईओएल प्रत्यारोपण से जिस संशोधन की अपेक्षा करता हूँ शल्यचिकित्सा से वह संशोधन प्राप्त न हो। मैं समझता हूँ कि यह अपेक्षा करना यर्थाथवाद नहीं है कि इस प्रक्रिया के फलस्वरूप हर समय, और हर परिस्थित में शेष जीवन भर के लिए मेरी दृष्टि बिलकुल सही हो जाएगी। सूक्ष्म विस्तृत दृष्टि की मांग करने वाले प्रयोजनों के लिए अपनी दृष्टि के परिमार्जन के लिए चश्मे की जरूरत पड़ सकती है और यह भी कि शल्यचिकित्सा के तुरंत बाद या बरसों बाद इसकी जरूरत पड़ सकती है।

मैं समझता हूँ कि चूंकि किसी भी शल्यचिकित्सा की सभी समस्याओं को व्यक्त करना संभव नहीं होता इसलिए हो सकता है कि इस प्रपत्र में वर्णित समस्याओं की सूची पूरी न हो।

मैं समझता हूँ कि चूंकि मैंने फेकिक लेंस लगवाया है इसलिए मेरा उन सभी फालोअप मुलाकातों पर जांच कराना महत्वपूर्ण है जिन्हें मेरा शल्यचिकित्सक आवश्यक समझता है।

एतद्वारा मैं चिकित्सीय ज्ञान की प्रगति के लिए वर्तमान प्रक्रिया और आगे चलकर/फॉलोअप के दौरान की जाने वाली प्रक्रियाओं के आंकड़े और/या वीडियो/ऑडियो जारी/प्रकाशित करने की अनुमति देता हूँ।

फेकिक आईओएल के सन्निवेश के लिए इस सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने यह सहमति प्रपत्र पढ़ना लिया है (या मुझे इसे पढ़ कर सुनाया गया है) और मैंने इस प्रक्रिया की प्रकृति और उद्देश्य और इसके संभावित दुष्प्रभावों, जोखिमों और समस्याओं को समझ लिया है। हालांकि चिकित्सक के लिए प्रत्येक प्रभावित समस्या के बारे में सूचना दे पाना संभव नहीं है लेकिन चिकित्सक ने मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दिए हैं।

मैं अपनी दाईं/बाईं आंख/दोनों आंखों में फेकिक आईओएल इनसर्ट करने की अनुमति देता हूँ।

---

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Conductive Keratoplasty

*Chandrashekhar*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

In giving my permission for Conductive Keratoplasty (CK) I understand the following:

The long-term risks and effects of CK are unknown. I have received no guarantee as to the success of my particular case. I understand that the following risks are associated with the procedure:

1. I understand that the visual acuity I initially gain from CK could regress, and that my vision may go partially or completely back to the level it was immediately prior to having the procedure
2. I understand that it is possible that damage to my cornea could also be caused by scarring, ulceration, or an eye infection that could not be controlled with antibiotics or other means
3. I understand that I may not get a full correction from my CK procedure and this may require future enhancement procedures or the use of glasses or contact lenses. This procedure may also cause an increase in my astigmatism, which may cause blurred vision
4. I understand that an over-correction could occur, causing me to become nearsighted, and that this nearsightedness could be either permanent or treatable
5. I understand that the correction that I can expect to gain from CK may not be perfect and it is not realistic to expect that this procedure will result in perfect vision, at all times, under all circumstances, for the rest of my life. I understand I may need glasses to refine my vision for some purposes requiring fine detailed vision after some point in my life, and that this might occur soon after surgery or years later
6. I understand that there may be pain, scratchiness, a foreign body sensation, or slight dryness in my eye, particularly during the first 48 hours after surgery
7. I understand that there may be increased sensitivity to light. I understand this condition usually resolves within the first few weeks following treatment, but it may also be permanent
8. I understand that there may be a "balance" problem between my two eyes after CK has been performed on one eye, but not the other. This phenomenon is called anisometropia. I understand this would cause eyestrain and make judging distance or depth perception more difficult. I understand that my first eye may take longer to heal than is usual, prolonging the time I could experience anisometropia
9. I understand I may temporarily experience corneal haze, small round hazy areas where the cornea was heated during the CK treatment. This haze will usually fade over time and may only be visible with a microscope within 3 months following surgery
10. I understand that if I currently need reading glasses, I will still likely need reading glasses after this treatment
11. Even 90% clarity of vision is still slightly blurry. Enhancement surgeries can be performed when vision is stable UNLESS it is unwise or unsafe. An assessment and consultation will be held with the surgeon at which time the benefits and risks of an enhancement surgery will be discussed
12. I understand that there is a natural tendency of the eyelids to droop with age and that eye surgery may hasten this process.
13. I understand that the follow-up effects of CK are unknown and that CK has not been in use long enough to measure long-term effects (those occurring after 10 years or more) following the procedures, and that unforeseen complications or side effects could occur
14. I understand that I may be given medication in conjunction with the procedure. I understand that I must not drive for at least one day following the procedure and not until I am certain that my vision is adequate for driving
15. I understand that, as with all types of surgery, there is a possibility of complications due to anesthesia, drug reactions, or other factors that may involve other parts of my body. I understand that, since it is impossible to state every complication that may occur as a result of any surgery, the list of complications in this form may not be complete

---

The details of the procedure known as CK have been presented to me in detail and explained to me by my ophthalmologist. My ophthalmologist has answered all my questions to my satisfaction. I therefore consent to CK surgery my R/L eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# कंडक्टिव केराटोप्लास्टी

चंद्रशेखर

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

कंडक्टिव केराटोप्लास्टी (सीके) के लिए अनुमति देते हुए मैं निम्नलिखित को समझता हूँ:

सीके के दीर्घकालिक जोखिम और प्रभाव अज्ञात हैं। मुझे अपने विशेष मामले की सफलता की कोई गारंटी नहीं मिली है। मैं समझता हूँ कि प्रक्रिया के साथ निम्नलिखित जोखिम जुड़े हैं:

1. मैं समझता हूँ कि सीके से प्रारंभ में मुझे जो दृष्टि संबंधी गतिविधि प्राप्त होगी वह पश्चगमन कर सकती है और आंशिक रूप से या पूरी तरह से प्रक्रिया कराने से ठीक पहले के स्तर पर वापस जा सकती है
2. मैं समझता हूँ कि संभव है कि व्रण चिन्ह, व्रण, या आंख के किसी संक्रमण के कारण मेरे कार्निया को क्षति पहुंच सकती है, जिसे ऐंटीबायोटिक्स या दूसरे साधनों से कंट्रोल नहीं किया जा सकता
3. मैं समझता हूँ कि हो सकता है कि अपनी सीके प्रक्रिया से मुझे पूरा संशोधन न प्राप्त हो और हो सकता है कि भविष्य में संवृद्धि प्रक्रिया की आवश्यकता पड़े। यह प्रक्रिया मेरे दृष्टि वैषम्य को बढ़ा सकती है, जो धुंधली दृष्टि का कारण बन सकता है
4. मैं समझता हूँ कि अतिसंशोधन हो सकता है जो मुझे निकट दृष्टिवान बना सकता है और यह निकटदृष्टिवत्ता या तो स्थायी या उपचार योग्य हो सकती है।
5. मैं समझता हूँ कि मैं सीके से जो संशोधन प्राप्त करने की अपेक्षा करता हूँ वह पूरी तरह सही नहीं हो सकता और यह अपेक्षा करना यथार्थवाद नहीं होगा कि इस प्रक्रिया के फलस्वरूप मेरी दृष्टि शेषजीवन भर के लिए हर समय, हर परिस्थिति में पूरी तरह सही हो जाएगी। मैं समझता हूँ कि अपने जीवन के किसी मुकाम पर कुछ प्रयोजनों के लिए जो सूक्ष्म विस्तृत दृष्टि की मांग करते हैं, मुझे अपनी दृष्टि के परिमार्जन के लिए चश्मे की आवश्यकता पड़ सकती है, और शल्यचिकित्सा के तुरंत बाद या वर्षों बाद ऐसा हो सकता है
6. मैं समझता हूँ कि मेरी आंखों में दर्द, किरकिराहट, कुछ पड़े होने या हल्के से सूखेपन की अनुभूति हो सकती है, विशेषतया शल्यचिकित्सा के पहले 48 घंटे के दौरान
7. मैं समझता हूँ कि प्रकाश के प्रति संवेदनशीलता में वृद्धि हो सकती है। मैं समझता हूँ कि उपचार के शुरुआती कुछ हफ्तों के दौरान यह रोग ठीक हो जाता है लेकिन यह स्थायी भी हो सकता है।
8. मैं समझता हूँ कि मेरी दोनों आंखों में नहीं, बल्कि एक आंख में सीके होने के बाद मेरी दोनों आंखों के बीच संतुलन की समस्या पैदा हो सकती है। इस गोचर तथ्य को दृष्टि विषमता कहा जाता है। मैं समझता हूँ कि इससे आंख पर तनाव पड़ेगा और दूरी का अनुमान लगाने और गहराई को समझने में कठिनाई हो सकती है। मैं समझता हूँ कि मेरी पहली आंख का घाव भरने में सामान्य से अधिक समय लग सकता है। इस समय के लंबा खिंचने से मैं दृष्टि विषमता अनुभव कर सकता हूँ
9. मैं समझता हूँ कि मैं अस्थायी रूप से कार्निया का धुंधलापन अनुभव कर सकता हूँ, छोटे-छोटे धुंधले हिस्से जहां पर सीके उपचार के दौरान कार्निया गर्म की गई थी। यह धुंधलापन समय के बीतने पर सामान्यतया खत्म हो जाएगा और शल्यचिकित्सा के तीन महीने के भीतर केवल सूक्ष्मदर्शी से देखा जा सकेगा।
10. मैं समझता हूँ कि यदि मुझे इस समय पढ़ने का चश्मा लगता है तो इस उपचार के बाद भी मुझे चश्मे की जरूरत पड़ सकती है।
11. वस्तुतः दृष्टि की 90% स्पष्टता अभी तक कुछ धुंधली है। दृष्टि के स्थिर हो जाने के बाद संवृद्धि शल्यचिकित्सा की जा सकती है, बशर्ते कि यह अविवेकपूर्ण और असुरक्षित न हो। शल्यचिकित्सक के साथ मूल्यांकन और परामर्श किया जाएगा और उसी समय संवृद्धि शल्यचिकित्सा के लाभों और जोखिमों पर चर्चा की जाएगी
12. मैं समझता हूँ कि पलकों की स्वाभाविक प्रवृत्ति होती है कि उम्र बढ़ने के साथ वे झुकती जाती हैं और यह भी कि आंख की शल्यचिकित्सा इस प्रक्रिया को तेज कर सकती है
13. मैं समझता हूँ कि सीके के फालोअप प्रभाव अज्ञात हैं और सीके इतने लंबे समय से चलन में नहीं है कि प्रक्रियाओं के बाद के दीर्घकालिक प्रभाव मापे जा सकें (ऐसे प्रभाव जो 10 वर्ष या इससे भी अधिक समय बीत दिखते हैं) और उस तरह की अनपेक्षित समस्याएं या दुष्प्रभाव हो सकते हैं
14. मैं समझता हूँ कि मुझे प्रक्रिया के साथ-साथ दवाएं भी दी जा सकती हैं। मैं समझता हूँ कि मुझे प्रक्रिया के कम से कम एक दिन बाद तक वाहन नहीं चलाना चाहिए और तब तक नहीं चलाना चाहिए जब तक कि मैं आश्वस्त न हो जाऊँ कि मेरी दृष्टि वाहन चलाने के लिए पर्याप्त है
15. मैं समझता हूँ कि जैसा कि सभी तरह की शल्यचिकित्साओं के साथ होता है, संवेदनाहरण, दवाओं के प्रतिकूल प्रभावों, या मेरे शरीर के दूसरे हिस्सों से जुड़े अन्य कारकों के कारण समस्याएं पैदा हो सकती हैं। मैं समझता हूँ कि चिकित्सक के लिए किसी भी शल्यचिकित्सा की सभी संभावित समस्याओं का व्योरा दे पाना असंभव होता है इसलिए हो सकता है कि इस प्रपत्र में दी गई समस्याओं की सूची पूरी न हो।

मुझे मेरे नेष विशेषज्ञ द्वारा सीके के नाम से जानी जाने वाली प्रक्रिया का विस्तृत व्योरा दिया गया है। मेरे नेषचिकित्सक ने मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दिए हैं। इसलिए मैं अपनी दाईं/बाईं आंख में सीके शल्यचिकित्सा करने की अनुमति देता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता :.....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

# Pterygium Surgery

Saurbhi Khurana

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in the language that I understand that I have a fold of conjunctiva enroaching upon the cornea in my R/L eye, which is to be surgically removed. The following has been explained to me:

- Corneal opacity would persist after surgery
- Risk of recurrence of fold and need for repeat surgery
- Visual prognosis remains guarded in view of persisting astigmatism, hence vision may / may not improve after removal of the lesion
- A piece of conjunctiva from the same / other eye may be required to prevent recurrence of the fold if an autoconjunctival graft is planned after excision
- If Mitomycin C is applied after excision to decrease the incidence of recurrence, risk of scleral thinning has been explained
- Redness, irritation, watering may persist for a few days after surgery
- In case of autograft, sutures will be applied and may lead to irritation. Risk of infection of the graft has been explained
- Additional laser procedure may be required for removal of corneal opacity after surgery
- Surgery would be done under local infiltration/ anesthetic drops

After knowing all this, I give my free and voluntary consent to undergo pterygium excision i.e. removal of conjunctival fold from my eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# टेरिजियम शल्यचिकित्सा

सौरभि खुराना

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मैं जो भाषा समझता हूँ उस भाषा में मुझे समझा गया है कि मेरी कन्जंक्ट्राईवा की एक परत मेरी कार्निया पर अतिक्रमण कर रही है जिसे शल्यचिकित्सक द्वारा हटाया जाना है. मुझे निम्नलिखित बातें समझाई गई हैं:

- शल्यचिकित्सा के बाद भी कार्निया की अपारदर्शिता बनी रह सकती है
- परत के दुबारा बन जाने का जोखिम रहेगा और दुबारा उसकी शल्यचिकित्सा की आवश्यकता पड़ सकती है
- वर्तमान दृष्टिवैषम्य के मद्देनजर दृष्य पूर्वानुमान सुरक्षित रहता है इसलिए घाव को निकाल दिए जाने के बाद दृष्टि में सुधार हो भी सकता है और नहीं भी
- परत के दुबारा आने से रोकने के लिए उसी आंख/दूसरी आंख से कन्जंक्ट्राईवा के एक टुकड़े की जरूरत होगी, यदि घाव निकालने के बाद अपनी ही कन्जंक्ट्राईवा के उपरोपण की योजना बनाई जाती है तो
- यदि दुबारा परत को आने से रोकने के लिए घाव निकाले जाने के बाद माइटोसिन-सी लगाया जाता है तो स्वलेरा के पतले होने के जोखिम का स्पष्टीकरण किया जा चुका है
- ललाई, प्रदाह, और पानी का आना शल्यचिकित्सा के कुछ दिन बाद तक बना रह सकता है
- अपनी ही आंख के श्लेष्मा के उपरोपण के मामले में टांके लगाए जाएंगे और उनकी वजह से क्षोभ हो सकता है। उपरोपण में संक्रम के जोखिम को स्पष्ट किया जा चुका है
- शल्यचिकित्सा के बाद कार्निया की अपारदर्शिता को निकालने के लिए अतिरिक्त लेजर प्रक्रिया की आवश्यकता होगी
- शल्यचिकित्सा स्थानीय अंतःसरण/संवेदना हरण ड्रॉप्स डाल कर की जाएगी

यह सब जानने के बाद मैं टेरिजियम एक्ससिजन, यानी अपनी आंख से श्लेष्मा की परत को निकालने की स्वतंत्र और स्वैच्छिक अनुमति देता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Corneal Scraping

*Saurbhi Khurana*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been explained in my own language that I am suffering from an ocular infection i.e. a corneal ulcer in my R/L eye. I am to undergo a diagnostic procedure in the form of a corneal scraping for the same. The following has been explained to me:

- After topical anaesthesia, material would be taken from the ulcerated area with the help of a needle and sent for investigations.
- The procedure is being done to isolate the organisms responsible for the infection in order to start appropriate treatment for the same.
- This is not a therapeutic procedure and will not lead to improvement in symptoms/ healing of the lesion or in visual recovery.
- There is a risk of corneal perforation during the procedure for which surgical intervention may be required.
- This procedure may/ may not isolate the organism responsible for the infection and accordingly may have to be repeated.

After knowing all this, I give my free and voluntary consent to undergo corneal scraping from my R/L eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# कार्नीयल स्क्रैपिंग

सुरभि खुराना

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी भाषा में समझाया गया है कि मैं नेष के एक संक्रमण, यानी अपनी दाईं/बाईं आंख की कार्नीयल अलसर से पीड़ित हूँ। मुझे इसके निदान के लिए कार्नीयल स्क्रैपिंग के रूप में एक नैदानिक प्रक्रिया करानी है। मुझे निम्नलिखित के बारे में बताया गया है:

- स्थानिक संवेदनाहरण के ब्रण फोड़े वाली जगह से एक सूई की सहायता के कुछ द्रव्य निकाला जाएगा और उसे जांच के लिए भेजा जाएगा।
- यह प्रक्रिया उस संक्रमण के लिए जिम्मेदार जीव का पता लगाने के लिए की जा रही है ताकि उसके लिए उपयुक्त उपचार शुरू किया जा सके।
- यह उपचारात्मक प्रक्रिया नहीं है और इससे लक्षणों में सुधार नहीं होगा/घाव नहीं भरेगा या दृष्टि की रिकवरी नहीं होगी।
- प्रक्रिया के दौरान कार्नीया में छिद्र होने का जोखिम है जिसके लिए हस्तक्षेप की आवश्यकता पड़ सकती है।
- हो सकता है कि प्रक्रिया से संक्रमण के लिए जिम्मेदार जीव न मिले और इसे फिर से करना पड़े।

यह सब जानने के बाद मैं अपनी दाईं/बाईं आंख के कार्नीया से खुरचन निकालने की स्वतंत्र और स्वैच्छिक सहमति देता हूँ

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस), ..... (घर), ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित हैं।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

---

# Fibrin Glue Adhesive for Corneal Perforation

*Kiran G.*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been clearly explained in the language I best understand that in view of my (diagnosis-corneal perforation), application of fibrin glue will be attempted to seal the defect.

I have also been informed of the fact that this procedure is being attempted because the tissue defect in my cornea is less than 2 mm in diameter.

I am fully aware of the risk of failure of the procedure which may necessitate reapplication of the glue or alternate treatment modalities like corneal patch grafting.

I am also aware of the fact that glue may produce inflammation of varying intensities in the eye and that the risk of endophthalmitis is greater with this procedure than a patch graft.

Nevertheless, I wish to have the procedure performed in my R/L eye and I am willing to accept the potential risks that my doctor has discussed with me.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# फायब्रिन ग्लू अडेसिव फॉर कार्नियल पर्फॉरेशन

किरन जी.

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे उस भाषा में जिसे मैं सबसे अच्छी तरह समझता हूँ स्पष्ट रूप से समझाया गया है कि मेरे (निदान-कार्निया के छिद्र) को देखते हुए इस खामी को बंद करने के लिए फायब्रिन ग्लू लगाने लगाने का प्रयास किया जाएगा।

मुझे इस तथ्य से भी अवगत कराया गया है कि इस प्रक्रिया का प्रयास इसलिए किया जा रहा है कि मेरी कार्निया की ऊतक विकृति का व्यास 2 मिमी से कम है।

मैं प्रक्रिया की नाकामी के जोखिम से भी पूरी तरह अवगत हूँ जिसके लिए ग्लू या कार्निया के टुकड़े के रोपण जैसी वैकल्पिक उपचार की आवश्यकता होगी।

मैं इस तथ्य से भी अवगत हूँ कि ग्लू आंख में अलग-अलग तीव्रताओं के प्रदाह पैदा कर सकता है और यह भी कि इस प्रक्रिया के साथ इंडोथैल्माइटिस का जोखिम टुकड़े के रोपण से अधिक होता है।

फिर भी मैं अपनी दाईं/बाईं आंख में यह प्रक्रिया कराने का इच्छुक हूँ और मैं उन संभावित जोखिमों को स्वीकार करने को तैयार हूँ जिनके बारे में चिकित्सक ने मेरे साथ चर्चा की है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

# Symblepharon Release

Reena Sharma

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that I/ my child is suffering from adhesion of ocular surface and lids (Symblepharon) due to disease involving the conjunctiva and cornea and that a surgery to remove this will be done. An amniotic membrane graft (human placental tissue) or mucous membrane graft may be applied to the ocular surface with the help of sutures. Bandage contact lens will be applied after the surgery.

I have been fully explained regarding the permanent nature of the lesion and that it has to be released to improve the ocular surface. This procedure primarily will not improve vision. I have been explained the risk of inadvertent perforation of the eye during the surgery, infection, inadequate release or reformation of adhesions. There may be a need for repeat surgery which may or may not lead to improvement of vision. I have been explained the need for follow up as frequently as advised by the doctors that may span upto years, with multiple investigations at each visit. I have been explained that proper use of medications is required for success of the treatment. I understand that inspite of all efforts, there is a possibility that there may be no improvement or worsening of the visual acuity or the cosmetic appearance of the eye.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to perform symblepharon release with/ without AMT on my/ my child's right / left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# सिंभ्लेफेरॉन रिलीज

रीना शर्मा

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में बताया गया है मैं/मेरा बच्चा कंजंकिटवा और कार्निया से संबद्ध रोग के कारण आकुलर सरफेस और पलक के चिपकाल (सिंभ्लेफेरॉन) से पीड़ित है और यह भी कि इसे ठीक करने के लिए शल्यचिकित्सा की जाएगी। टांकों की मदद से आकुलर सरफेस पर एमिऑटिक मेंबरेन (मानव प्लेसेंटके ऊतक) या श्लेष्मा कला का रोपण लगाया जाएगा। शल्यचिकित्सा के बाद बैंडेज कांटैक्ट लेंस लगाया जाएगा।

मुझे घाव की स्थाई प्रकृति के बारे में पूरी तरह समझाया गया है और यह भी कि आकुलर सरफेस को सुधारने के लिए इसे खोलना है। यह प्रक्रिया मूलतः दृष्टि नहीं सुधारेगी। मुझे शल्यचिकित्सा के दौरान असावधानी वश आंख में छिद्र, संक्रमण, अपर्याप्त मुक्ति, या आसंजनों के पुनर्निर्माण की आशंका के बारे में बताया गया है। दुबारा चिकित्सा की आवश्यकता पड़ सकती है जिससे दृष्टि में सुधार हो सकता है या नहीं भी हो सकता। मुझे समझाया गया है कि चिकित्सक के सुझाए अनुसार मुझे बार-बार फॉलोअप के लिए आना होगा जो बरसों चल सकता है और प्रत्येक मुलाकात पर अनेक जांचें की जा सकती हैं। मुझे समझाया गया है कि इलाज की सफलता के लिए दवाओं का प्रयोग आवश्यक है। मैं समझता हूँ कि सभी प्रयासों के बावजूद संभावना है कि दृष्टि की तीक्ष्णता या आंख की प्रसाधक बाह्य आकृति में कोई सुधार न हो या और भी खराब हो जाए।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सहमति के निहितार्थों को पूरी तरह समझ लिया है और चिकित्सक को एएमटी के साथ/उसके बिना अपनी/अपने बच्चे की दाईं/बाईं आंख की सिंभ्लेफेरॉन रिलीज करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस) ..... (घर) ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

---

# Amniotic Membrane Transplantation (AMT)

*Asim K. Kaudar*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that I/ my child is suffering from a disease involving the ocular surface (specify ..... ) and that a surgery will be performed in which an amniotic membrane (covering of the foetal sac) will be used to cover the ocular surface. The amniotic membrane will be sutured into place with circumferential interrupted sutures with 10-0 monofilament nylon sutures and the peripheral edge of the membrane will be sutured to the conjunctiva with 8-0 polyglactin interrupted sutures. The excess membrane will be trimmed and a bandage contact lens will be put after surgery.

I have been fully explained regarding the permanent nature of the opacity/ lesion. I have been explained the risk of perforation of the host eye, leading to the need for a full thickness corneal transplant. There is risk of infection, suture loosening and replacement , increased blood vessels in interface possibly leading to haemorrhage, no improvement or worsening of best corrected visual acuity and pain, glaucoma secondary to surgery or to medications after surgery. The membrane may shed off prematurely leading to repeat surgery which may or may not lead to improvement of vision. I have been explained the need for follow up as frequently as advised by the doctors that may span upto years, with multiple investigations at each visit. I have been explained that use of medications properly is required for success of the surgery. There is chance of falling of the bandage contact lens and it may require replacement. I have been explained that I will need to urgently come for follow-up to ophthalmic casualty if there is sudden onset redness, photophobia, pain or deterioration of vision as these may be early signs of amniotic membrane infection. I understand that inspite of all efforts, there is a possibility that there may be worsening of the visual acuity or the cosmetic appearance of the eye.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to perform Amniotic Membrane Transplantation on my right / left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# एम्निऑटिक मेंब्रेन ट्रांसप्लांटेशन (एएमटी)

आसीम के कंदर

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में सूचित किया गया है कि मैं/मेरा बच्चा आकुलर सरफेस से संबद्ध रोग (स्पष्ट करें.....) से पीड़ित है और यह भी एक शल्यचिकित्सा की जाएगी जिसमें आकुलर सरफेस को ढंकने के लिए एक एम्निऑटिक मेंब्रेन (भ्रूणीय थैली के आवरण) का उपयोग किया जाएगा। एम्निऑटिक मेंब्रेन को 10-0 मोनोफिलामेंट नायलॉन टांकों की मदद से भग्नक्रम परिधीय टांकों से सिला जाएगा और मेंब्रेन के परिधीय किनारे को भग्नक्रम 8-0 पॉलिग्लैक्टिन टांकों की मदद से कंजंक्टिना के साथ सिला जाएगा। अतिरिक्त मेंब्रेन को तराश दिया जाएगा और शल्यचिकित्सा के बाद बैंडेज कांटैक्ट लेंस लगाया जाएगा।

मुझे अपारदर्शिता/घाव की स्थाई प्रकृति के बारे में पूरी तरह समझाया गया है। मुझे दाता की आंख में छिद्र होने के जोखिम के बारे में बताया गया है। जिसकी वजहसे पूरी मोटाई की कार्निया के प्रत्यारोपण की आवश्यकता पड़ सकती है। संक्रमण, टांके के ढीला पड़ जाने और प्रतिस्थापन, अंतराफलक में रक्तवाहिनियों के बढ़ जाने और संभवतः उसकी वजह से रक्तस्राव होने, सर्वश्रेष्ठ संशोधित दृश्य गतिविधियों में कोई सुधार न होने या और भी खराब हो जाने, और दर्द, सर्जरी या दवाओं के गौण प्रभाव के रूप में ग्लाकोमाम हो जाने का जोखिम है। मेंब्रेन समय से पहले गिर सकती है जिसके कारण दुबारा सर्जरी करनी पड़ सकती है जिससे दृष्टि में सुधार हो भी सकता है और नहीं भी। मुझे बताया गया है कि चिकित्सक के सुझाए अनुसार मेरा बार-बार फालोअप के लिए आना आवश्यक होगा जो बरसों चल सकता है और प्रत्येक फालोअप के समय कई जांचें की जा सकती हैं। मुझे बताया गया है कि सर्जरी की सफलता के लिए उचित औषधि के प्रयोग आवश्यक है। बैंडेज कांटैक्ट लेंस के गिरने की भी संभावना है और उसके प्रतिस्थापन की आवश्यकता पड़ सकती है। मुझे बताया गया है कि यदि मेरी आंख में अचानक ललाई आ जाती है, प्रकाश भीति, दर्द होने लगती है या दृष्टि और भी खराब होने लगती है तो मुझे तुरंत नेत्रचिकित्सक आपात कक्ष में फॉलोअप के लिए आना होगा क्योंकि यह एम्निऑटिक मेंब्रेन में संक्रमण का प्रारंभिक संकेत हो सकता है। मैं समझता हूँ कि सभी प्रयासों के बावजूद संभव है कि दृश्य गतिविधि या आंख की प्रसाधक वाह्य आकृति और भी खराब हो जाए।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त अनुप्रयोगों के निहितार्थों को पूरी तरह समझ लिया है और चिकित्सकों को अपनी दाईं/बाईं आंख में एम्निऑटिक मेंब्रेन प्रत्यारोपण का अधिकार प्रदान करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Limbal Stem Cell Transplantation (LSCT)

*Asim K. Kaudar, Bhavna Chawla*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in the language I best understand that I/ my child is suffering from an ocular surface disease with conjunctivalization of the cornea (specify ..... ) and that a surgery to improve the ocular surface will be done along with removal of the superficial part of the cornea depending upon depth of involvement. A part (limbal tissue) of a donor cadaveric cornea / from opposite normal eye / from live related donor will be used either directly or after expansion in tissue culture media to replace the diseased tissue with the help of sutures.

I have been fully explained regarding the permanent nature of the disease and that this treatment is intended to improve the ocular surface. I have been explained the risk of perforation of the host eye, leading to full thickness corneal transplant. There is a risk of infection, graft rejection, suture loosening and replacement, increased blood vessels possibly leading to haemorrhage, no improvement or worsening of best corrected visual acuity. The opacity may increase after the surgery. There may be a need for repeat surgery which may or may not lead to improvement of vision. I have been explained the need for follow up as frequently as advised by the doctors that may span upto years, with multiple investigations at each visit. I have been explained that using medications properly is required for success of the graft. I have been explained that I will need to urgently come for follow-up to ophthalmic casualty if there is a sudden onset of redness, photophobia, foreign body sensation, pain or deterioration of vision as these may be early signs of infection or rejection. I understand that inspite of all efforts, there is a possibility that there may be worsening of the visual acuity or the cosmetic appearance of the eye.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to perform Limbal Stem Cell Transplantation on my right / left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# लिंबल स्टेम सेल ट्रांसप्लांटेशन (एलएससीटी)

असीम के. कंदर, भावना चावला

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे उस भाषा में जिसे मैं सबसे अच्छी तरह समझता हूँ समझाया गया है कि मैं/मेरा बच्चा कार्निया में कंजक्टिवालाइजेशन (स्पष्ट रूप से व्योरा दें ..... ) के साथ आक्यूलर सर्फेस डिजीज से पीड़ित है और यह भी कि जटिलता की गहराई के आधार पर कार्निया के ऊपरी हिस्से को निकालने के साथ-साथ नेत्र की सतह को सुधारने के लिए एक शल्यचिकित्सा की जाएगी। दाता के केडावेरिक कार्निया दूसरी सामान्य आंख/रिश्ते के जीवित दाता के कार्निया के एक भाग (लिंबल ऊतक) का सीधे या ऊतक संवर्धन माध्यम में विस्तार के बाद टांकों की सहायता से रोगी ऊतकों को प्रतिस्थापित करने के लिए उपयोग किया जाएगा।

मुझे रोग की स्थायी प्रकृति के बारे में पूरी तरह बताया गया है और यह भी कि इलाज का उद्देश्य नेत्र की सतह को सुधारना है। मुझे दाता की आंख में छिद्र हो जाने के जोखिम के बारे में भी बताया गया है जिसकी वजह से पूरी मोटाई के कार्निया का प्रत्यारोपण करना पड़ सकता है। संक्रमण, निरोप की अस्वीकृति, टांके के ढीला होने और प्रतिस्थापना, रक्त वाहिनियों की संख्या के बढ़ जाने और फलस्वरूप रक्तस्राव, सर्वश्रेष्ठ दृष्टि तीक्ष्णता में कोई सुधार न होने या उसके और भी खराब हो जाने का जोखिम है। दुबारा शल्यचिकित्सा करने की आवश्यकता पड़ सकती है जिससे मैं सुधार हो सकता है या नहीं भी हो सकता। मुझे चिकित्सक की सलाह के अनुसार बार-बार फॉलोअप के लिए आने की आवश्यकता के बारे में बताया गया है जो बरसों चल सकता है और प्रत्येक मुलाकात पर कई जांचें की जा सकती हैं। अचानक ललाई आ जाने, प्रकाश भीति होने कोई चीज पड़े होने की अनुभूति होने, दर्द है या दृष्टि और खराब हो जाने पर मुझे तुरंत नेशचिकित्सा आपात कक्ष में फॉलोअप के लिए आने की जरूरत के बारे में बताया गया है क्योंकि ये संक्रमण या अस्वीकृति के प्रारंभिक लक्षण हो सकते हैं। मैं समझता हूँ कि सभी प्रयासों के बावजूद संभावना है कि आंख की दृश्य तीक्ष्णता या प्रसाधक वाह्यकृति और भी खराब हो सकती है।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सहमति के निहितार्थों को पूरी तरह समझ लिया है और चिकित्सकों को अपनी दाईं/बाईं आंख में लिंबल स्टेम सेल ट्रांसप्लांटेशन करने का अधिकार प्रदान करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Osteo-odonto Keratoprosthesis (OOKP)

*Noopur Gupta, Radhika Tandon*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that I will need a specially designed keratoprosthesis where the artificial cornea is embedded in a biological frame made of the canine tooth to enhance support and long-term stability of the visual aid to treat my blind eye/eyes as this is the last option of restoring vision in my present condition and no other surgical procedure e.g. keratoplasty will be successful as I have severe dry eyes also.

I understand that Keratoprosthesis will replace my opaque, white cornea and act like a telescope, so that the light rays can go in the eye and reach the retina (back of the eye which is the seeing machinery of the eye) and I will be able to see.

I have been fully explained that for osteo-odonto-keratoprosthesis (OOKP), one of my healthy canine tooth/teeth will be harvested for the surgery and a layer of the inner lining of the cheek will also be taken to cover the surface of the eye. The surgery will be done in two stages which will be two months apart, so it may take a long time to gain vision after the first stage of the surgery.

I have been explained the potential benefits and risks of the procedure and that there is a possibility of no visual gain after surgery. There may be potential complications like extrusion or necrosis of the OOKP lamina, infection in the eye and increased pressure in the eye. There may be need of further surgeries if tissue grows over the OOKP cylinder or a membrane forms behind the cylinder, both of which will need to be removed.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorize the doctors to perform OOKP surgery in my right/left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# ऑस्टिओ-ओडोंटो केराटोप्रोस्थेसिस (ओओकेपी)

नूपुर गुप्ता, राधिका टंडन

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में बताया गया है कि मुझे विशेष रूप से डिजाइन किए गए एक केराटोप्रोस्थेसिस की आवश्यकता होगी, जिसमें मेरी अंधी आंख/आंखों का इलाज करने के लिए दृश्य सहारे के समर्थन और दीर्घ कालिक स्थायित्व को बढ़ाने के लिए रदन के दंत के जीव वैज्ञानिक ढांचे में कृषिम कार्निया जड़ी जाती है, क्योंकि मेरी वर्तमान अवस्था में मेरी दृष्टि बचाने का अंतिम विकल्प यही है और केराटोप्लास्टी सफल नहीं होंगी क्योंकि मेरी आंखें गंभीर रूप से सूखी भी हैं।

मैं समझता हूँ कि केराटोप्रोस्थेसिस मेरे अपारदर्शी सफेद कार्निया को प्रतिस्थापित कर देगा और किसी दूरदर्शी की तरह काम करेगा ताकि प्रकाश की किरणें सीधे मेरी आंख में जाएं और मेरी आंख की रेटिना (आंख का पिछला हिस्सा जो आंख की देखने वाली मशीनरी है) तक पहुंचें और मैं देखने में सक्षम हो सकूँ।

**मुझे पूरी तरह समझाया गया है** कि ऑस्टिओ-ओडोंटो केराटोप्रोस्थेसिस (ओओकेपी) के लिए मेरा एक स्वस्थ रदनक दंत निकाला जाएगा और मेरी आंख की सतह को ढकने के लिए गाल की अंदरूनी परत का एक पतला अस्तर भी लिया जाएगा। शल्यचिकित्सा दो चरणों में की जाएगी जो दो महीने के अंतर पर होंगे। इसलिए शल्यचिकित्सा के पहले चरण के बाद मेरी दृष्टि के वापस आने में लंबा समय लग सकता है।

मुझे संभावित लाभों और जोखिमों के बारे में बताया गया है और संभावना यह भी है कि शल्यचिकित्सा के बाद कोई दृष्य लाभ न हो। ओओकेपी लैमिना के वहिर्वेधन, या विगलन, आंख में संक्रमण और आंख में दबाव बढ़ने जैसी संभावित समस्याएं भी हो सकती हैं। यदि ओओकेपी सिलिंडर पर उतक बढ़ आते हैं या सिलिंडर के पीछे मेम्बरेन बन जाती है तो दोनों को निकालना होगा।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त सहमति के निहितार्थों को पूरी तरह समझ लिया है और चिकित्सकों को अपनी दाईं/बाईं आंख में ओओकेपी करने का अधिकार देता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

---

# SQUINT

---

---

# Squint Surgery

*Shailesh G.M, Rohit Saxena*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Information about Squint

Adults & children of any age with eye deviation may benefit from eye muscle surgery to make both eyes look straight. This will help maximizing the chance of binocular fusion (3-D vision/depth perception) and normalizing the field of vision. Apart from making them look cosmetically better, squint surgery may also allow patients to see more comfortably with a relaxed head position.

## Events during surgery

- General anesthesia is given in children & some special squint cases.
- Local anesthesia in the form of injections around the eye is given in adults.
- During surgery, **one eye or both eye** muscles are either tightened or loosened & the positions of the eye muscles are changed to make eyes look straight.

## Risks associated with Squint surgery

While we are unable to list every possible complication, the following are some potential risks.

### Major risks

- 1) **Due to anesthesia** (both general & local) – includes breathing difficulties, vomiting, sore throat, or even risk of heart attack or death. Local complications of anesthesia injections around the eye can be in the form of perforation of eyeball, destruction of optic nerve, interference with circulation of retina, drooping of eyelid, hypotension & respiratory depression.
- 2) **Need for reoperation – Over- and under-correction after surgery is common.** A reoperation may be necessary because a totally predictable response is not possible in every case. Need for reoperation may be high in cases where prior surgery has been performed, when the squint is complicated, in cases of a slipped or lost muscle, excessive hemorrhage, or fat exposure. Reoperation in some cases may be needed in the other (normal) eye also later to fine tune the surgical results.
- 3) **Loss of vision** – is quite rare but can be associated with anesthesia or other causes like hemorrhage, retinal detachment (after needle perforation), infection, or change in blood supply to the eye.

**Minor risks:** include inflammation of the eye (conjunctivitis), reaction to the sutures, pain, temporary double vision, temporary blurry vision, alteration of the eyelid position and scar tissue formation including implantation cysts.

### General information

- Discomfort of eyes, redness & swollen eyelids for the first few days after surgery is common.
- If child wears glasses, they will likely continue to wear glasses after the surgery.
- Eyes are not patched after surgery & usually there is no permanent scar.
- Eye drops are given 3 to 6 times a day for up to 1 month after surgery.
- Temporary double vision after surgery is common.
- Absorbable sutures are used & need not be removed after surgery.

Additional comments: .....

I have read & understand the consent form including potential risks & benefits of the squint surgery. I have discussed with my treating eye

---

surgeons & am satisfied with the explanation provided & I authorize them to proceed with my/child's surgery. Occasionally a different, unsuspected condition may arise at the time of surgery requiring immediate attention, and I authorize my surgeon to do what he/she deems necessary.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# स्किविन्ट सर्जरी

शैलेश जीएम, रोहित सक्सेना

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## स्किविन्ट के बारे में जानकारी

विसामान्यता ग्रस्त किसी भी उम्र के वयस्क और बच्चे दोनों आंखों के सीधा दिखने के लिए की जाने वाली आंख की पेशी की शल्यचिकित्सा से लाभान्वित हो सकते हैं। यह द्विनेत्रीय समेकन (3-डी दृष्टि/गहराई का ज्ञान) की संभावनाओं को अधिकतम करने में मदद करेगी और दृष्टि को सामान्य करेगी। आंखों को प्रसाधक वाह्यकृति की दृष्टि से दिखने में बेहतर बनाने के अलावा स्किविन्ट शल्यचिकित्सा सिर की शिथिल अवस्था में रोगी को अधिक आराम से देखने की भी सहूलियत दे सकती है।

## सर्जरी के दौरान की घटनाएं

- बच्चों और स्किविन्ट के कुछ विशेष मामलों में सामान्य एनेस्थीसिया दी जाती है।
- वयस्कों में आंख के आस-पास सूई लगा कर स्थानीय एनेस्थीसिया दी जाती है।
- शल्यचिकित्सा के दौरान एक आंख या दोनों आंखों की पेशियों को या तो कसा या ढीला किया जाता है और आंख की पेशियों की स्थिति बदली जाती है ताकि आंखें सीधी दिखें।

## स्किविन्ट सर्जरी से जुड़े जोखिम

हालांकि हम प्रत्येक संभावित जटिलता की सूची देने में अक्षम हैं लेकिन कुछ संभावित जोखिम निम्नलिखित हैं।

### प्रमुख जोखिम

- 1) **एनेस्थीसिया के कारण** (सामान्य और स्थानीय दोनों) इनमें शामिल हैं: सांस लेने में कठिनाई, गले में प्रदाह या दिल का दौरा पड़ना या मृत्यु हो जाना। आंख के आस-पास लगाई जाने वाली एनेस्थीसिया की सूई की स्थानीय जटिलताएं नेत्र गोलक में छिद्र होने, दृश्य तंषिका के ध्वंस, रेटिना के रक्तसंचार में बाधा, आंख की पलकों के झुक जाने, उच्चरक्तचाप और श्वसन संबंधी अवसाद के रूप में सामने आ सकती हैं।
- 2) **पुनः शल्यक्रिया की आवश्यकता-शल्यचिकित्सा के बाद अति/अल्प संशोधन सामान्य होता है।** पुनः शल्यचिकित्सा आवश्यक हो सकती है क्योंकि प्रत्येक मामले में पूरी तरह पूर्वानुमानेय अनुक्रिया संभव नहीं होती। उन मामलों में पुनः शल्यचिकित्सा की आवश्यकता हो सकती है, पहले भी जिनकी शल्यचिकित्सा हो चुकी होती है, जब स्किविन्ट जटिल होता है, पेशियों के खिसक जाने या पेशीय क्षय के मामलों में, अत्यधिक रक्तस्राव या वशा का खुल जाना। कुछ मामलों में शल्यचिकित्सा परिणामों को सूक्ष्म संशोधन करने के लिए पुनः शल्यचिकित्सा की आवश्यकता पड़ सकती है।
- 3) **दृष्टि का क्षय**— बहुत ही विरले मामलों में होता है लेकिन एनेस्थीसिया या रक्तस्राव, रेनिना का विलगाव, (सूई से छिद्र हो जाने के बाद) या आंख की रक्त आपूर्ति में बदलाव जैसे दूसरे कारणों से जुड़ा हो सकता है।

**छोटे जोखिम:** में शामिल हैं आंख का प्रदाह (कंजक्टिवाइटिस), टांकों के प्रति प्रतिक्रिया, दर्द, अस्थायी दुहरी दृष्टि, अस्थायी धुंधली दृष्टि, आंख की पलक की स्थिति में बदलाव, प्रत्यारोपण सिस्ट बनने सहित ब्रणचिन्ह ऊतकों का बनना।

## सामान्य जानकारियां

- शल्यचिकित्सा के बाद के कुछ प्रारंभिक दिनों के लिए आंखों की तकलीफ, ललाई, और सूजी हुई पलकें।
- यदि बच्चा चश्मा लगाता है तो वह शल्य चिकित्सा के बाद भी चश्मा लगाना जारी रख सकता है।
- शल्यचिकित्सा के बाद आंखों में जोड़ नहीं लगाया जाता और सामान्यतया कोई निशान नहीं पड़ता।
- शल्यचिकित्सा के बाद 1 महीने तक दिन में 3 से 6 बार आई ड्रॉप्स डालें जाते हैं।
- शल्यचिकित्सा के बाद अस्थायी दुहरी दृष्टि सामान्य है।
- अवशोष्य टांके लगाए जाते हैं और शल्यचिकित्सा के बाद निकालने की आवश्यकता नहीं पड़ती।

**अतिरिक्त टिप्पणियां:** .....  
.....  
मैंने संभावित जोखिमों और लाभों सहित सहमति प्रपत्र को पढ़ और समझ लिया है। मैंने अपना इलाज कर रहे नेश शल्यचिकित्सक से चर्चा की है और दिए

गए स्पष्टीकरणों से संतुष्ट हूं और उन्हें अपनी/अपने बच्चे की शल्यचिकित्सा करने का अधिकार देता हूं। कभी कभार शल्यचिकित्सा के समय एक अलग, अनपेक्षित अवस्थाएं उभर कर सामने आ सकती हैं जो अविलंब ध्यान देने की मांग कर सकती हैं और मैं अपने शल्यचिकित्सक को वह करने का अधिकार देता हूं जो वह आवश्यक समता/समझती है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूं कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Botox (Botulinum Toxin) Injection

*Shailesh G.M, Rohit Saxena*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I ..... have discussed my illness with my treating eye surgeon and I consent to having Botox treatment carried out upon myself for the improvement of .....

Botox is injected with a small needle into the skin/muscle, with the aim of inhibiting the underlying muscle contraction, therefore improving my underlying muscle spasms/illness. In squint cases, the injection will weaken the overacting muscle & help in making the eye look straight. Botox injection also gives additional information about squint and can be used instead of performing surgery.

I have been informed about the indications, treatment procedure, expected results & possible side effects. I understand that I may experience swelling, redness, tenderness, flu-like syndrome, temporary muscle aching, as well as paralysis of a nearby muscle (which can cause droopy eyelids, double vision, droopy mouth, or neck weakness), slight headache, pain and/or bruising that may occur for several days after my treatment, however these symptoms will resolve.

Although the results are usually dramatic, I have been informed that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees can be made concerning the expected results in my case. The injection will take 3-4 days to start acting & will usually last for up to 3 months. Repeated injections may be required as the effect starts decreasing from 3-months onwards.

I understand that I am required to have a follow-up consultation at 2 weeks, and that I am required to have photographs taken before, during and after treatment for my medical records.

## Contraindications

You should not have Botox if you are pregnant; nursing; allergic to albumin; have an infection, skin condition, or muscle weakness at the site of the injection; or have Eaton-Lambert syndrome, Lou Gehrig's disease, or myasthenia gravis. Botox contains human-derived albumin and carries a theoretical risk of virus transmission.

I understand that whilst every precaution will be taken to prevent complications and that whilst complications from this procedure are rare, they can and sometimes do occur. I certify that I have read, and fully understand the above paragraphs and that I have had sufficient opportunity for discussion to have any questions answered.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# बोटोक्स (बोटुलिनम टॉक्सिन) इंजेक्शन

शैलेश जीएम, रोहित सक्सेना

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मैंने ..... अपना इलाज कर रहे शल्यचिकित्सक से चर्चा की है और .....के सुधार के लिए अपने ऊपर बोटोक्स चिकित्सा कराने के लिए सहमत हूँ। आधारभूत पेशी संकुचन के अवरोधन, इसलिए मेरी आधारभूत पेशी में आकुंचन/बीमारी में सुधार लाने के उद्देश्य से एक छोटी सी सूई से त्वचा/पेशी में बोटोक्स की सूई लगाई जाती है। स्किविन्ट के मामलों में सूई अति सक्रिय पेशियों को कमजोर करेगी और आंख के सीधा दिखने में मदद करेगी। बोटोक्स का इंजेक्शन स्किविन्ट के बारे में अतिरिक्त जानकारी देता है और शल्यचिकित्सा करने की जगह प्रयोग किया जा सकता है।

मुझे चिकित्सा सझावों, चिकित्सा प्रक्रिया, अपेक्षित परिणामों और संभावित दुष्परिणामों के बारे में सूचना दी गई है। मैं समझता हूँ कि मैं सूजन, ललाई, संवेदनशीलता, फ्लू जैसे सिंड्रोम, अस्थायी पेशीय दर्द के साथ-साथ आस-पास की पेशियों का लकवा (जो झुकी पलकों, दुहरी दृष्टि, झुके मुंह या गर्दन की कमजोरी का कारण बनता है), हल्का सरदर्द, दर्द या गूमड़ अनुभव कर सकता हूँ जो इलाज के कई दिन बाद तक हो सकता है। बहरहाल ये लक्षण खत्म हो जाएंगे।

हालांकि नतीजे आमतौर पर नाटकीय होते हैं, लेकिन मुझे बताया गया है कि चिकित्सा का पेशा सटीक विज्ञान नहीं है और यह भी कि किसी भी मामले में अपेक्षित परिणाम की कोई गारंटी नहीं दी जा सकती। इंजेक्शन के काम करना शुरू करने में 3-4 दिन लगेंगे और तीन महीने तक काम करते रहेंगे। तीन महीने बाद जब उनका प्रभाव कम होने लगेगा तो फिर से इंजेक्शन लग सकते हैं।

मैं समझता हूँ कि मुझे 2 हफ्तों पर परामर्शदाता चिकित्सक से फॉलोअप के लिए मिलना होगा और मुझे अपने चिकित्सीय अभिलेख के लिए इलाज से पहले, उसके दौरान और उसके बाद अपने फोटो खिंचवाने होंगे।

## कन्ट्राइंडिकेशन

यदि आप गर्भवती हैं; स्तनपान कराती हैं; एल्बुमिन की एलर्जी है; कोई संक्रमण हुआ है; त्वचा का कोई रोग है; या इंजेक्शन की जगह पर पेशीय कमजोरी है; या ईटोन-लूगैरिस डिजिन रोग, या मायास्थेनिया ग्रेविस हैं तो आपको बोटोक्स नहीं लेना चाहिए। बोटोक्स में मानव व्यूटपन्न एल्बुमिन होती है और विषाणु प्रसारण के सैद्धांतिक खतरे का वाहक होती है।

मैं समझता हूँ कि हालांकि जटिलताओं को रोकने के लिए हर सावधानी बरती जाएगी, और हालांकि इस प्रक्रिया से बहुत कम जटिलताएं पैदा होती हैं, फिर भी वे हो सकती हैं और कभी-कभार हो जाती हैं। मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त पैरे पढ़ और पूरी तरह समझ लिए हैं और मुझे चर्चा करने और कोई प्रश्न उठने पर उनके उत्तर पाने का पर्याप्त अवसर मिला है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस) ..... (घर) ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

---

# GLAUCOMA

---

---

# Trabeculectomy With / Without Anti-Fibroblastic Agents

*Munish Dhawan, Ramanjit Sihota*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## Indications, Benefits, and Alternatives

I have been informed by my treating doctor that I have been diagnosed with glaucoma and if it is left untreated, it is very likely that I will experience loss of vision which could end up in blindness. Glaucoma means rise in pressure of the eye which can sometimes be treated successfully with medications, or if medications are not effective, laser and other surgical procedures may be of value in controlling the pressure and preventing further vision loss.

My doctor has informed me that an operation called trabeculectomy is necessary to help control the pressure in my eye(s) because prolonged rise of this pressure can damage my optic nerve leading to loss of vision and eventual blindness. When successful, this procedure will lower the pressure in my eye, minimizing the risk of further vision loss from glaucoma. The purpose of the operation is to control the pressure and preserve my vision; any vision lost to glaucoma cannot be restored.

## Complications

As with any surgical procedure, there are risks associated with glaucoma drainage surgery. For example, there is always the possibility that the surgery cannot control my eye pressure, for which medications or more procedures may be needed after surgery. Not every possible complication can be covered in this form but the following are examples of risk encountered with glaucoma drainage surgery. These complications can occur days, weeks, months, or years later. They can result in loss of vision or blindness. **So frequent follow-up is mandatory after surgery.**

After complete healing also, regular eye examination is necessary to monitor eye pressure and to look for other problems.

## Complications of the surgery

1. Failure to control eye pressure, with the need for another operation (early or late)
2. Generally vision might decrease for 2 months or so. There may be development of cataract which can reduce vision but it can be treated with cataract surgery
3. There might be too high or too low pressure after glaucoma surgery for which other necessary treatment or operation might be needed.
4. Bleeding in the eye
5. Prolonged redness and mild pain resulting in chronic inflammation
6. Irritation or discomfort in the eye that may persist
7. In spite of surgery, vision could become worse from continuing degenerative changes in the eye
8. Infection resulting in pain, redness and decrease in vision which can occur early or much later
9. In rare cases, there could be total loss of vision

Operation will be done under local or general anesthesia which also includes complications of anesthesia.

## Complications of anesthesia injections around the eye

10. Perforation of eyeball
11. Needle damage to the optic nerve, which could destroy vision
12. Interference with circulation of the retina
13. Possible drooping of eyelid
14. Systemic effects that have the potential for life-threatening complications and death

---

## Patient Consent

There may arise unwanted situation during surgery. In that situation I give my full authority to my treating doctor to take any necessary decision. In spite of the risks noted above, I understand that there is more risk to my vision if I do not have the operation than if I do. I have read and understood the consent form, and all my queries have been answered, and I authorize my surgeon to proceed with the operation on my ..... (indicate "right" or "left" eye).

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# एंटी-फाइब्रो ब्लास्टिक एजेंटों के साथ/उनके बिना ट्रेबेकुलेक्टोमी

मुनीश धवन रमणजीत सिंहोटा

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## चिकित्सा सुझाव, लाभ, और विकल्प

मेरा इलाज कर रहे चिकित्सक ने मुझे बताया है कि निदान हुआ है कि मुझे ग्लाकोमा है। बहुत संभव है कि मैं दृष्टि ह्रास का अनुभव करूं, हो सकता है इसका समापन अंधेपन में हो। ग्लाकोमा का अर्थ है आंख के दबाव में वृद्धि। कभी-कभी दवाओं से सफलतापूर्वक इसका इलाज किया जा सकता है, यदि दवाएं प्रभावी न हों तो दबाव नियंत्रित करने और अधिक दृष्टि ह्रास को रोकने के लिए लेजर या अन्य शल्यचिकित्सा प्रक्रियाएं उपयोगी हो सकती हैं।

मेरे चिकित्सक ने मुझे बताया है कि मेरी आंख (आंखों) का दबाव नियंत्रित करने के लिए ट्रेबे कुलेक्टोमी नाम का एक ऑपरेशन आवश्यक है क्योंकि इस दबाव के लंबे समय तक बढ़ते जाने से दृष्टि ह्रास होता है और अंततः अंधापन आ जाता है। सफल होने पर यह ऑपरेशन मेरी आंख का दबाव कम कर देगा और ग्लाकोमा के कारण और दृष्टि ह्रास को कम करेगा। **इस ऑपरेशन का उद्देश्य दबाव नियंत्रित करना, और मेरी दृष्टि को अक्षुण्ण रखना है, ग्लाकोमा की वजह से खोई दृष्टि लौटाई नहीं जा सकती।**

## समस्याएं

जैसा कि किसी भी शल्यचिकित्सीय प्रक्रिया के साथ होता है, ग्लाकोमा ड्रेनेज सर्जरी के साथ भी जोखिम जुड़े हैं। उदाहरण के लिए इसकी संभावना हमेशा रहती है कि शल्यचिकित्सा मेरी आंख के दबाव को नियंत्रित न कर सके, जिसके लिए शल्यचिकित्सा के बाद दवाओं या और प्रक्रियाओं की आवश्यकता पड़ सकती है। इस प्रपत्र में संभावित सभी समस्याओं को शामिल करना संभव नहीं है लेकिन ग्लाकोमा ड्रेनेज सर्जरी करने पर सामने आने वाली समस्याओं के उदाहरण निम्नलिखित हैं। ये समस्याएं दिनों, हफ्तों, महीनों और वर्षों बाद हो सकती हैं। वे दृष्टि का ह्रास या अंधापन पैदा कर सकती हैं। **इसलिए शल्यचिकित्सा के बाद प्रायः फॉलोअप के लिए जाना अनिवार्य होता है।**

घाव के पूरी तरह भर जाने के बाद भी आंखों के दबाव की निगरानी करने और दूसरी समस्याओं का पता लगाने के लिए आंखों की नियमित जांच आवश्यक है।

## शल्यचिकित्सा की समस्याएं

1. (जल्दी या देर से) दूसरे ऑपरेशन की आवश्यकता के साथ आंख का दबाव नियंत्रित करने में असफलता,
2. सामान्यतया दो महीने के लिए दृष्टि कम हो सकती है, मोतियाबिंद हो सकता है जो दृष्टि कम कर सकता है लेकिन कटैरेक्ट सर्जरी से उसका इलाज किया जा सकता है
3. ग्लाकोमा सर्जरी के बाद दबाव बहुत कम या बहुत अधिक हो सकता है जिसके लिए दूसरे आवश्यक इलाजों या ऑपरेशनों की जरूरत पड़ सकती है
4. आंख में रक्तस्राव
5. लंबे समय तक ललाई और हल्का दर्द जिसके फलस्वरूप दीर्घकालिक प्रदाह हो सकता है
6. आंख में इरिटेशन या डिसकॉमफर्ट जो बना रह सकता है
7. शल्यचिकित्सा के बावजूद आंख में जारी अपह्लासी परिवर्तनों के कारण दृष्टि और खराब हो सकती है
8. संक्रमण, जिनके कारण ललाई आ सकती है, दृष्टि कम हो सकती है जो जल्दी या काफी देर से भी हो सकता है
9. विरले मामलों में पूरी तरह से दृष्टि का ह्रास हो सकता है

ऑपरेशन लोकल या जनरल-ऐनेस्थीसिया देकर किया जाएगा, जिसमें ऐनेस्थीसिया की समस्याएं भी शामिल हो सकती हैं।

## आंख के आस-पास ऐनेस्थीसिया की सूई लगाने की समस्याएं

10. नेत्रगोलक में छिद्र हो जाना
11. सूई से दृश्य तंत्रिका को क्षति पहुंचना जो दृष्टि को नष्ट कर सकता है
12. रेटिना में रक्त संचार में बाधा
13. संभावित पलक झूपिंग
14. सिस्टमेटिक प्रभाव जो जानलेवा समस्याएं पैदा कर सकते हैं या मृत्यु का कारण बन सकते हैं

## रोगी की सहमति

शल्यचिकित्सा के दौरान अवांछित स्थितियां पैदा हो सकती हैं। उस स्थिति में अपना इलाज कर रहे चिकित्सक को कोई भी आवश्यक निर्णय लेने का पूरा अधिकार देता हूँ। उपर्युक्त जोखिमों के बावजूद मैं समझता हूँ कि यदि मैं ऑपरेशन नहीं कराता तो मेरी दृष्टि को ऑपरेशन कराने से कहीं अधिक खतरा रहेगा। मैंने सहमति प्रपत्र को पढ़ और समझ लिया है और मेरे सभी प्रश्नों के उत्तर दिए गए हैं और मैं अपने शल्यचिकित्सक को अपनी ..... ("दाई" या "बाई" आंख का निर्दिष्ट करें) ऑपरेशन करने का अधिकार देता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित हैं।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Diode Laser Cyclo-photocoagulation (DLCP)

*Anand Agarwal, Shalini Mohan*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

DLCP is an ocular surgical procedure which is usually carried out in people with advanced, recalcitrant glaucoma who have uncontrolled high intra ocular pressures (IOPs) inspite of use of medications and repeated glaucoma filtration surgeries and used of glaucoma drainage devices (GDDs). This procedure is effective in bringing down IOPs and relieving ocular pain if the cause of pain is high IOP. The procedure is usually carried out under local peribulbar anesthesia and sometimes more than one sitting needs to be given ie the procedure may have to be repeated to bring about clinical success.

## Post operative care

The eye may be red, swollen and painful following the procedure for which pain relieving oral medications and some drops are given to bring about relief. Out patient visits are done on first day post operatively, day seven and then after every two weeks.

The need for repeat procedure is decided by the treating physician after evaluating patient's symptoms and IOP.

The usual side effects encountered are:

1. Ocular pain
2. Redness
3. Peri ocular swelling
4. Need for repeat treatments
5. The procedure may be able to bring down the need for IOP lowering medications although some of them may be required to maintain optimal IOP
5. Rarely the eye may become smaller i.e. progress to atrophic bulbi

IT IS VERY IMPORTANT FOR THE PATIENT TO UNDERSTAND THAT THE PROCEDURE IS NOT MEANT TO IMPROVE THE VISION OVER & ABOVE WHAT HE/SHE HAS ALREADY GOT.

I have been made aware of the above mentioned facts and I have been counseled about the potential benefits and possible side effects of the procedure and by thoroughly going through all of the above, I give my full informed consent for the above procedure.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# डायोड लेजर साइकलो-फोटोकॉगुलेशन (डी एल सी पी)

आनंद अग्रवाल, शालिनी मोहन

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

डीएलसीपी एक नेत्र शल्यचिकित्सा प्रक्रिया है जो उन्नत, दुर्दम्य ग्लाकोमा से पीड़ित उन लोगों पर की जाती है जिनके उच्च अंतः नेत्रिय दाब (आईओपी) दवाओं और बार-बार ग्लाकोमा फिल्ट्रेशन सर्जरी करने और ग्लाकोमा ड्रेनेज डेवाइसों (जीडीडी) के उपयोग के बाद भी नियंत्रित नहीं होते। यह प्रक्रिया अंतः नेत्रिय दाब (आईओपी) कम करने और आंख के दर्द से राहत दिलाने में प्रभावी होती है, बशर्ते कि दर्द उच्च आईओपी के कारण हो रहा हो। सामान्यतया यह प्रक्रिया पेरीबल्बर ऐनेस्थीसिया देकर की जाती है और कभी-कभी एक से अधिक बार करनी पड़ती है, यानी चिकित्सीय सफलता के लिए प्रक्रिया दुहरानी पड़ सकती है।

## शल्यचिकित्सोत्तर परिचर्या

प्रक्रिया के बाद आंख लाल हो सकती है, सूजन या सकती है या दर्द हो सकता है, जिससे राहत दिलाने के लिए खाने और आंख में टपकाने की दवाएं दी जा सकती हैं। बहिरंग रोगी विभाग में ऑपरेशन के बाद पहले और सातवें दिन और उसके बाद हर दो हफ्तों पर मुलाकातें की जाती हैं।

दुबारा प्रक्रिया करने की आवश्यकता रोगी के लक्षणों और आईओपी जांचने के बाद इलाज करने वाला चिकित्सक तय करता है।

सामान्यतः सामने आने वाले दुष्प्रभाव हैं:

1. आंख में दर्द
2. ललाई
3. पेरिऑकूलर सूजन
4. पुनः चिकित्सा की आवश्यकता
5. प्रक्रिया आईओपी कम करने वाली दवाओं की आवश्यकता कम कर सकती है हालांकि यथेष्ट आईओपी बनाए रखने के लिए कुछ दवाओं की जरूरत पड़ सकती है।
5. विरले मामलों में आंख छोटी हो सकती है, यानी एट्रोफिक वल्वार्ड

रोगी के लिए यह समझना बहुत महत्वपूर्ण है कि प्रक्रिया का उद्देश्य उसकी वर्तमान दृष्टि में सुधार लाकर उससे अधिक या उससे ऊपर की दृष्टि प्रदान करना नहीं है।

मुझे उपर्युक्त तथ्यों से अवगत कराया गया है और मुझे प्रक्रिया से रोगी को होने वाले लाभों और संभावित दुष्प्रभावों के बारे में सलाह दी गई है और उपर्युक्त सारी बातों को गंभीरता से पढ़ने के बाद मैं उपर्युक्त प्रक्रिया के लिए अपनी पूरी सूचित सहमति देता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस) ..... (घर) ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

---

# Argon Laser Trabeculoplasty (ALT)

*Manoj Gupta*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

The argon laser causes photocoagulation of tissue. Thermal disruption of structural molecules, especially protein denaturation, results in tissue changes that are observed such as contraction, condensation, and separation. Formation of amorphous gels as well as clot formation can also occur. Higher temperatures result in non-selective coagulation necrosis of the target tissue and will lead to the burning of tissue.

## Argon Laser Trabeculoplasty

Laser trabeculoplasty (LTP) is indicated for the treatment of open-angle glaucomas and is particularly effective in the treatment of pigmentary and pseudoexfoliation glaucomas. LTP causes alteration of the TM by photocoagulation and a greater effect is seen with more heavily pigmented TM. The precise mechanism of action is unknown but it relates to the change in conformation of the TM by collagen shrinkage leading to the opening of meshwork in adjacent, nontreated regions.

## Procedure

A slit lamp-mounted argon laser is usually used with the laser beam focused at the outflow angle with a contact lens such as a Goldmann three-mirror lens. The laser settings are typically 800 mW to 1200 mW for 0.1 second and a 50- $\mu$ m spot size. The laser is focused on the TM and the power adjusted to cause a slight focal bubble or blanching of the TM. The TM is treated for 180° to 360° with a total of 50 to 100 spots. Treatment complications include elevation of IOP, inflammation, inadvertent treatment of the cornea or ciliary body, hemorrhage, and pain.

## Antiglaucoma Medication History

I have been explained about the procedure and the risk involved in the procedure in my own language. I have been explained that there might be decrease in vision, corneal burn, raised IOP, and IOP may not decrease to desired level. Knowing all these inadvertent complications, I am willing to undergo the above procedure and I give my consent for the procedure .

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

---

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....  
Name: .....  
Address: .....  
Tel: .....

# आर्गन लेजर ट्रेबेकुलोप्लास्टी (एएलटी)

मनोज गुप्ता

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

आर्गन लेजर ऊतकों के फोटोकागुलेशन का कारण बनता है। संरचनात्मक अणुओं का तापीय विघटन, खास कर प्रोटीन विकृतिकरण के कारण ऊतक परिवर्तन होते हैं जो संकुचन, संघनन, और अलगाव के रूप में सामने आते हैं। अक्रिस्टलीय जैल या थक्का भी बन सकता है। ऊंचे तापमान के कारण अभिलक्षित ऊतकों का अचयनित स्कंदन विगलन होता है और ऊतक जल जाते हैं।

## आर्गन लेजर ट्रेबेकुलोप्लास्टी

लेजर ट्रेबेकुलोप्लास्टी का सुझाव ओपन एंगल के ग्लाकोमा के इलाज के लिए दिया जाता है और पिग्मेंटरी और स्यूडोएक्सफोलिएशन ग्लाकोमा के इलाज में प्रभावी है। एलटीपी फोटोकागुलेशन द्वारा टीएम का एकांतरण करती है। इस क्रिया की सटीक यांत्रिकी अज्ञात है लेकिन यह कालैजन के संकुचन से टीएम की रचना में बदलाव से संबंधित है जिससे पास के अनुपचारित मेशवर्क की जाली खुल जाती है।

## प्रक्रिया

सामान्य रूप से लेजर किरण के साथ स्लिट लेंप पर स्थापित आर्गन लेजर को गोल्डमैन थ्री मिरेर लेंस जैसे कांटेक्टलेंस के साथ वाह्य प्रवाह कोण पर केंद्रित किया जाता है। लेजर की प्रवाह दिशा प्ररूपी तौर पर 0.1 सेकंड के लिए 800 एमडब्ल्यू से 1200 एमडब्ल्यू और 50 म्यूएस के बिंदुमाप पर होती है। लेजर को टीएम पर केंद्रित किया जाता है और हल्का-सा नाभीय बुलबुला उत्पन्न करने के लिए पावर समंजित किया जाता है। 180 से 360 तक कुल 50 से 100 बिंदुओं पर टीएम का उपचार किया जाता है। इलाज की समस्याओं में आईओपी का बढ़ना, प्रदाह, कार्निया या सिलियरी बॉडी का अनभिप्रेत उपचार, रक्तस्राव और दर्द शामिल हो सकते हैं।

## एंटिग्लाकोमा के औषधिप्रयोग का इतिहास

मुझे मेरी अपनी भाषा में प्रक्रिया और प्रक्रिया के साथ जुड़े जोखिमों के बारे में समझाया गया है। मुझे बताया गया है कि हो सकता है कि दृष्टि कम हो जाए, कार्निया जल जाए, आईओपी बढ़ जाए और आईओपी वांछित स्तर तक कम न हो। इन सभी अनभिप्रेत समस्याओं के बावजूद मैं उपर्युक्त प्रक्रिया कराना चाहता हूँ और प्रक्रिया के लिए अपनी सहमति देता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

---

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फ़ोन : .....

# Laser Iridotomy

*Deepankur Mahajan*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

Laser iridotomy is a procedure used for patients with narrow angle glaucoma in which a laser is used to make a small hole in the iris (colored part of the eye) to allow free movement of fluid from posterior to anterior chamber of the eye which might help to control the intraocular pressure and hopefully prevent scar formation between the iris and cornea which can check progression of the glaucoma.

Risks associated with this procedure include transient blurring of vision, post laser IOP spike, anterior uveitis, pupillary distortion, corneal epithelial defects and corneal burns, bleeding/hyphema, cataract, diplopia, late iridotomy closure, retinal/macular burns, malignant glaucoma, sterile hypopyon, cystoid macular edema and pupillary pseudomembrane. Additional medical or surgical intervention might be required for these complications.

The procedure may require more than on sitting for completion in some cases. Some individuals respond only partially or not at all to the procedure and may require additional medication/surgical intervention to check progression of glaucoma.

Post procedure topical medication including glaucoma medication might have to be continued/ changed.

I, ..... have been fully explained in the best understood language (.....) that I have RE/LE ..... and have to undergo right/left eye laser iridotomy for the same.

The details of the procedure, alternatives and their risks and benefits have been explained to my satisfaction. I hereby give my full, free and voluntary informed consent for right/left eye laser iridotomy.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# लेजर आइरिडोमी

दीपंकर महाजन

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

लेजर आइरिडोमी एक प्रक्रिया है जो संकीर्ण कोण ग्लाकोमा के रोगियों में प्रयुक्त होती है, जिसमें आंख के पिछले प्रकोष्ठ से अगले प्रकोष्ठ में मुक्त रूप से तरल के प्रवाह की सुविधा देने के लिए आइरिस (आंख के रंगीन भाग) में एक छोटा-सा छिद्र करने के लिए लेजर का प्रयोग किया जाता है, जो अंतःनेत्रिय दबाव नियंत्रित करने में मदद कर सकता है और उम्मीद की जाती है कि आइरिस और कार्निया के बीच स्कॉर बनने से रोक सकती है जो ग्लाकोमा के विकास को रोक सकता है।

इस प्रक्रिया से जुड़े जोखिमों में शामिल हैं दृष्टि का अस्थायी धुंधलापन, लेजर के बाद आईओपी स्पाइक, एंटेरियर यूवियासोथ, प्यूपलारी का विरूपण, कार्निया के इपिथियम की विकृति, कार्निया का जल जाना, रक्तस्राव/हाइफेमा, मोतियाबिंद, डिप्लोपिया, आइरिडोमी का देर से बंद होना, रेटिनल/मेकुलर बर्न, कैंसरी ग्लाकोमा, जीवाणुरहित हाइपोपायोन, सिस्टॉयड माकुलर एडिमा और प्यूपिलरी स्यूडोमैम्ब्रेन। इन समस्याओं के लिए अतिरिक्त चिकित्सीय/शल्यचिकित्सीय हस्तक्षेप की जरूरत पड़ सकती है।

कुछ मामलों में हो सकता है कि प्रक्रिया एक से अधिक बार में पूरी हो। कुछ व्यक्ति प्रक्रिया के प्रति आंशिक अनुक्रिया देते हैं या सिर से अनुक्रिया नहीं देते और उनके लिए ग्लाकोमा को बढ़ने से रोकने के लिए अतिरिक्त औषधि प्रयोग/शल्यचिकित्सीय हस्तक्षेप की आवश्यकता पड़ सकती है।  
ऑपरेशन के बाद की स्थानिक दवाएं, ग्लाकोमा की दवाओं सहित, जारी रखनी/बदलनी पड़ सकती हैं।

मुझे..... जो भाषा सबसे अच्छी तरह समझ में आती है उस भाषा (.....) में समझाया गया है कि मुझे दाईं आँख/बाईं आँख..... और मुझे उसके लिए दाईं/बाईं आँख का लेजर आइरिडोमी कराना है।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

---

# CATARACT

---

---

# Cataract Surgery With / Without Implantation of Intraocular Lens

*Courtesy: Shroff Eye Centre, New Delhi*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

## **Introduction :**

A cataract is opacity of the lens. Cataract operation is indicated only when you cannot function adequately due to poor sight produced by the cataract. Maturity of cataract is no longer a criterion for surgery. The natural lens within your eye with a slight cataract, although not perfect, has distinct advantages over an artificial lens.

In giving permission for cataract extraction with / without implantation of an intraocular lens in my eye, I declare that I understand the following information

### 1. Alternative Treatments :

There are three methods of restoring vision after cataract surgery

a) Cataract Spectacles b) Contact Lens c) Intraocular Lens

Cataract spectacles increase image size by 30%. They cannot be used if there is cataract in only one eye (the other is normal) because they may cause double vision. A contact lens increases image size by 8%. However, it is difficult to handle and may not be tolerated by everyone. Intraocular lens does not increase image size. It is surgically placed inside the eye permanently

2. An intraocular lens is implanted by surgery (not by laser). The implanted lens will be left in the eye permanently. At the time of surgery the doctor may decide not to implant an intraocular lens in the eye, if for any reason he feels that the lens implantation is not indicated or may prove deleterious to the well being of the eye, even though permission may have been given to do so

3. Though the intraocular implant power is calculated by utilizing a computerised Biometer (A-scan), a small correction in the spectacles is to be considered inevitable postoperatively and this may be more in specific cases. An astigmatism (number with axis) which may reduce with time, is to be taken as inevitable and normal. Therefore, a small power is to be expected in the spectacles for distance and near for clear vision after the operation. In any case, the aim of cataract surgery is to remove the cloudy lens from the eye and replace it with a plastic lens and not to rid the patient of his spectacles

4. The calibre of vision obtained after a successful cataract surgery/lens implantation depends upon the retina behind. In an advanced cataract even with the most sophisticated instruments (Ultrasound Scan etc.), it is not possible to be certain that the retina inside is normal. Removal of cataract is like opening a door to a room. If the retina is normal, you will see well, but it is not possible in a majority of advanced cataract cases to ascertain the visual status of the retina before operation

5. With modern instrumentation and micro surgical techniques, the rate of complications in cataract surgery with/without intraocular lens implantation is very low. Complications can usually be managed by medical and/or surgical treatment. The chances of total loss of vision are less than 0.5%. However, the following complications can occur and are mentioned in standard text books of cataract and lens implantation surgery

a) It is possible that vision may drop after surgery due to thickening/opacification of the posterior capsule. This is not a complication but a sequelae to Extra Capsular Cataract Extraction. The condition is treated with the "Yag Laser"

b) Complications may include haemorrhage (bleeding), posterior capsule rupture, nucleus drop, vitreous loss, wound leakage, uveitis, corneal decompensation, glaucoma, cystoid macular oedema or retinal detachment. In addition lens implantation may be complicated by severe reaction to the lens (Toxic Lens Syndrome) or dislocation of the lens. The implanted lens may have to be repositioned or removed surgically if it is likely to damage the eye. Though every effort is made to minimize the chances of infection, it cannot be eliminated altogether. Loss of vision is a risk common to any intraocular surgery

c) Although you may have opted for phacoemulsification surgery and the same may have been planned by your surgeon after

pre operative examination, if during surgery phacoemulsification is found to be unsafe or not feasible. your surgeon will have the liberty to perform surgery by the conventional technique in the interest of patient safety

- d) Complications of surgery in general:- As the procedure is generally done under local anaesthesia the risk to life is less than 0.5%. Risk is greater in patients with Diabetes, Hypertension, Cardiac ailments and other systemic disorders & when surgery is performed under general anaesthesia. There is a possibility of drug reaction, brain damage or risk to life

Since it is impossible to state every complication that may occur as a result of surgery, the list of complications in this form is not exhaustive.

**Consent for Operation**

- 1. I hereby authorize Dr. .... and those whom he may designate as associates or assistants to perform cataract operation with an intraocular lens / without an intraocular lens / as a secondary procedure on my left / right eye It has been explained to me that during the course of operation/ procedure, unforeseen conditions may be revealed or encountered which necessitate surgical or other procedures in addition to or different from those contemplated. I, therefore, further request and authorize the above named Physician/Surgeon or his designates to perform such additional surgical or other procedures as he or they deem necessary or desirable
- 2. The nature and purpose of the operation, the necessity thereof, the possible alternative methods of treatment of my condition have been fully explained to me and I understand the same
- 3. I am fully aware that the surgery is being performed in good faith and that no guarantee or assurance has been given as to the result that may be obtained
- 4. I consent to the administration of anesthesia and to the use of such anesthetics as may be deemed necessary or desirable
- 5. I further consent to the administration of such drugs or infusions deemed necessary in the judgement of the medical staff
- 6. I consent to the observing, photographing or televising of the procedure to be performed for medical, scientific or education purpose provided my identity is not revealed by the pictures or by descriptive text accompanying them
- 7. Any tissues or parts surgically removed may be disposed off by the institution in accordance with customary practice

**Informed Consent for Operation on Patients With Guarded / Poor Visual Prognosis**

I have been explained by the attending surgeon/Designated Assistant prior to the operation that visual prognosis after surgery is guarded/uncertain/poor/very poor. The reasons for this have been explained to me. The reasons are: (to be signed by the patient / person authorised to consent for the patient.)

Trauma / Diabetic Retinopathy / Myopia / Glaucoma / Uveitis /Age Related Macular Degeneration / PVR / Complex Traction Retinal Detachment/Combined tractional rhegmatogenous retinal detachment /Dislocated lens or IOL / Endophthalmitis (Severe eye infection)

.....  
.....

Signature of patient / person authorised to consent for patient: .....

I THE UNDERSIGNED (THE PATIENT OR NEAREST RELATIVE) HEREBY GIVE MY CONSENT FOR THE OPERATION OF LEFT EYE / RIGHT EYE WITH THE FULL KNOWLEDGE OF POSSIBLE COMPLICATIONS AND GUARDED / POOR VISUAL PROGNOSIS. I CERTIFY THAT I HAVE READ THIS INFORMED CONSENT / IT HAS BEEN READ OVER TO ME AND EXPLAINED TO ME IN MY MOTHER TONGUE AND ALL BLANKS OR STATEMENTS REQUIRING INSERTION OR COMPLETION WERE FILLED IN AND ANY INAPPLICABLE PARAGRAPHS STRICKEN OFF BEFORE I SIGNED. THE DOCTOR HAS ANSWERED ALL MY QUESTIONS TO MY SATISFACTION.

---

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# इंट्राआक्यूलर लेंसों के साथ/उनके बिना कैटरैक्ट सर्जरी

साभार:रू श्रॉफ आई सेंटर, नयी दिल्ली

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

## परिचय:

कैटरैक्ट लेंस की अपारदर्शिता है। कैटरैक्ट के ऑपरेशन का सुझाव तभी दिया जाता है जब आप मोतियाबिंद जन्म खराब दृष्टि के कारण यथेष्ट रूप से काम नहीं कर पाते। मोतियाबिंद का पक जाना अब शल्यचिकित्सा की कसौटी नहीं है। हल्के मोतियाबिंद के साथ आंख में आंख के प्राकृतिक लेंस के कृषिम लेंस के रहने के मुकाबले अनेक लाभ हैं।

अपनी आंख में इंट्राआक्यूलर लेंस के साथ/या उसके बिना मोतियाबिंद के निष्कर्षण की अनुमति देते हुए मैं घोषणा करता हूँ कि मैं निम्न सूचनाओं को समझा हूँ

### 1. वैकल्पिक चिकित्साएं:

कैटरैक्ट सर्जरी के बाद दृष्टि की वापसी को तीन विधियां हैं

अ) कैटरैक्ट चश्मा ब) कांटेक्टलेंस स) इंट्राआक्यूलर लेंस

कैटरैक्ट चश्मा चित्र को 30% बढ़ा देता है। यदि केवल एख आंख में मोतियाबिंद हो तो चश्मा नहीं पहना जा सकता क्योंकि वह दुहरी दृष्टि पैदा कर सकता है। कांटेक्ट लेंस चित्र का आकार 8% बढ़ाता है। लेकिन उसका रख-रखाव कठिन होता है और हर किसी से सहन नहीं होता। इंट्राआक्यूलर लेंस चिष का आकार नहीं बढ़ाता। शल्यचिकित्सा से इसे स्थाई रूप से आंख के भीतर लगाया जाता है।

2. कोई अंतः नेत्रीय लेंस शल्यचिकित्सा द्वारा (लेजर द्वारा नहीं) आंख में लगाया जाता है। प्रत्यारोपित लेंस को स्थाई रूप से आंख में छोड़ दिया जाता है। शल्यचिकित्सा के समय चिकित्सक अंतः नेत्रीय लेंस न लगाने का फैसला कर सकते हैं। बशर्ते कि किसी कारणवश उसे लगता है कि प्रत्यारोपण नहीं किया जा सकता या आंख के स्वास्थ्य के लिए हानिकारक साबित हो सकता है, चाहे उसे ऐसा करने की अनुमति मिली हो तब भी।

3. हालांकि अंतः नेत्रीय प्रत्यारोपण के पावर का आकलन कंप्यूटरीकृत बायोमीटर (ए-स्कैन) का उपयोग करके किया जाता है, लेकिन ऑपरेशन के बाद चश्मे में मामूली संशोधन को अपरिहार्य समझा जाता है और विशेष मामलों में यह अधिक भी हो सकता है। दृष्टिवैषम्य (एक्सिस के साथ नंबर) को अवश्यभावी और सामान्य माना जा सकता है। इसलिए ऑपरेशन के बाद दूर और नजदीक के लिए चश्मे में थोड़ा सा पावर होने की अपेक्षा की जा सकती है। जो भी हो कैटरैक्ट सर्जरी का उद्देश्य आंख से धुंधला लेंस निकाल कर उसकी जगह प्लास्टिक का लेंस लगाना होता है, रोगी को चश्मे से निजात दिलाना नहीं।

4. सफल कैटरैक्ट सर्जरी/लेंस के प्रत्यारोपण के बाद प्राप्त दृष्टि की क्षमता पीछे की रेटिना पर निर्भर करता है। बढ़ चुके मोतिया बिंद में, आधुनिकतम उपकरणों (अल्ट्रासाउंड स्कैन इत्यादि) के साथ भी निश्चित रूप से कहना संभव नहीं है होता कि भीतर रेटिना सामान्य है। मोतियाबिंद का निकालना किसी कमरे का दरवाजा खोलने जैसा है। यदि रेटिना सामान्य है तो आप अच्छी तरह देखेंगे लेकिन मोतियाबिंद की बढ़ी अवस्था में ऑपरेशन से पहले रेटिना की दृश्य स्थिति का तय हो पाना संभव नहीं होता।

5. आधुनिक उपकरणों और सूक्ष्म शल्यचिकित्सीय तकनीक के साथ अंतःनेत्रीय लेंस के प्रत्यारोपण के साथ/उसके बिना मोतियाबिंद की शल्यचिकित्सा में जटिलताओं की दर बहुत कम होती है। जटिलताओं को चिकित्सीय और/या शल्यचिकित्सीय इलाज से नियंत्रित किया जा सकता है। पूरी तरह दृष्टि ह्रास की संभावनाएं 0.5% से भी कम रहती हैं। लेकिन निम्नलिखित जटिलताएं पैदा हो सकती हैं और मोतियाबिंद और लेंस प्रत्यारोपण संबंधी मानक पुस्तकों में उनका उल्लेख किया गया है।

ए) संभव है कि शल्यचिकित्सा के बाद पश्च कैपसूल के मोटा होने/अपारदर्शी होने के कारण दृष्टि कमजोर पड़ जाए। यह जटिलता नहीं, बल्कि एक्स्ट्रा कैप्सुलर कैटरैक्ट एक्सट्रैक्शन का परिणाम है। इस अवस्था का इलाज "वाईएजी लेजर" से किया जाता है

बी) जटिलताओं में शामिल है, हैमरेज (रक्तस्राव), पोस्टेरियर कैप्सूल का फट जाना, न्यूक्लियस ड्रॉप, पोस्टेरियर कैप्सूल का टूटना, घाव का रिसना, यूवियाशोथ कार्निया! का डिक्म्पेंसेशन, ग्लाकोमा, सिस्टॉयड माक्यूलर एडिमा या रेटिना का विलगाव। इसके अतिरिक्त लेंस के प्रति गंभीर प्रतिक्रिया (टॉक्सिक लेंस सिंड्रोम) से लेंस प्रत्यारोपण जटिल हो सकता है। प्रत्यारोपित लेंस को पुनः स्थापित करना पड़ सकता है या यदि उसके आंख को क्षति पहुंचाने की आशंका हो तो उसे शल्यचिकित्सा से निकालना पड़ सकता है। हालांकि संक्रमण कम करने के सभी प्रयास किए जाते हैं लेकिन उसकी संभावना को पूरी तरह खत्म नहीं किया जा सकता।

सी) हालांकि हो सकता है कि आपने फाकोइमल्शन सर्जरी पसंद की हो और शल्यचिकित्सा से पहले की गई जांच के बाद आपके शल्यचिकित्सक

ने वही करने की योजना बनाई होगी लेकिन यदि फाकोइमल्शन सर्जरी असुरक्षित या अव्यावहारिक पाई जाई है तो आपका शल्यचिकित्सक रोगी के हित में परंपरागत तकनीक से शल्यचिकित्सा करने के लिए स्वतंत्र होगा

डी) शल्यचिकित्सा की सामान्य जटिलताएं, चूंकि प्रक्रिया सामान्यतया लोकल एनेस्थीसिया देकर की जाती है इसलिए जान का जोखिम 0.5% से कम रहता है। जब शल्यचिकित्सा जनरल एनेस्थीसिया देकर की जाती है तो डायबिटीज, उच्चरक्तचाप, दिल के रोगों, और दूसरे दैहिक विकारों के रोगियों को जोखिम अधिक रहता है। दवा की प्रतिक्रिया, मस्तिष्क क्षति या जान जोखिम की भी संभावना रहती है।

चूंकि शल्यचिकित्सा के फलस्वरूप होने वाली प्रत्येक जटिलता के बारे में बताना असंभव है इसलिए इस प्रपत्र में दी गई जटिलताओं की सूची संपूर्ण नहीं हो सकती।

### ऑपरेशन के लिए सहमति

1. मैं एतद् द्वारा डॉ..... और उन्हें जिनको वह अपने सहयोगियों या सहायकों के रूप में नियुक्त करते हैं, अपनी बाईं/दाईं आंख में इंद्राऑक्यूलर लेंस के साथ/इंद्राऑक्यूलर लेंस के बिना कैटेरेक्ट ऑपरेशन करने का अधिकार देता हूं

मुझे समझाया गया है कि ऑपरेशन/प्रक्रिया के दौरान अनपेक्षित अवस्थाओं का पता चल सकता है या सामने आ सकती हैं जो अपेक्षित ऑपरेशन से अतिरिक्त या अलग दूसरी शल्यचिकित्सीय या अन्य प्रक्रियाओं को आवश्यक बना सकती हैं। इसलिए मैं उपर्युक्त नाम के अतिरिक्त शल्यचिकित्सा या दूसरी प्रक्रियाएं करने का अनुरोध करता और अधिकार प्रदान करता हूं जिन्हें वह या वे आवश्यक या वांछित समझते हों

2. ऑपरेशन की प्रकृति और उद्देश्य, उसकी आवश्यकता, मेरी अवस्था के इलाज के अन्य संभावित तरीकों के बारे में मुझे पूरी तरह बताया गया है और मैं उन्हें समझता हूं

3. मैं पूरी तरह अवगत हूं कि शल्यक्रिया नेकनीयती से की जा रही है और प्राप्त हो सकने वाले परिणामों के बारे में कोई गारंटी या आश्वासन नहीं दिया गया है

4. मैं एनेस्थीसिया और ऐसे एनेस्थेटिक्स के उपयोग से सहमत हूं जिसे आवश्यक वांछित समझा जाए

5. मैं चिकित्सीय कर्मियों की नजर में आवश्यक और वांछित दवाओं और इनपयूजन दिए जाने से सहमत हूं

6. मैं चिकित्सीय, वैज्ञानिक या शैक्षणिक उद्देश्य से प्रक्रिया के अवलोकन, फोटो उतारने या टेलिविजन से प्रसारित करने की सहमति देता हूं बशर्त कि चित्र या उनके साथ दिए जाने वाले वर्णनात्मक पाठ से मेरा परिचय प्रकट न हो।

7. शल्यचिकित्सा द्वारा निकाले गए कोई भी ऊतक या अंगों को संस्थान परंपरागत चलन के अनुरूप ठिकाने लगा सकता है

### रक्षित/खराब दृश्य पूर्वानुमान वाले रोगियों के ऑपरेशन के लिए सूचित सहमति

मुझे परिचर्या करने वाले सर्जन/नामित सहायक द्वारा ऑपरेशन से पहले बताया गया है कि शल्यचिकित्सा के बाद दृश्य पूर्वानुमान रक्षित/अनिश्चित/बहुत खराब है। मुझे इसके कारण बताए गए हैं। कारण हैं: (रोगी/रोगी के लिए सहमति देने के लिए प्राधिकृत व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर करने के लिए।)

आघात, डायबेटिक रेटिनोपैथी, मायोपिया/ग्लाकोमा/यूवियाशोथ/उम्र संबंधी नेषीय क्षय/पीवीआर/कंप्लेक्स ट्रैक्शन रेटिनल डिटैचमेंट/कंबाईंड ट्रैक्शनल रेगमेटोजेनस रेटिनल डिटैचमेंट। स्थांतरित लेंस या आईओएल/एंडोथैलमाइटिस (आंख का गंभीर संक्रमण)

.....  
.....

रोगी/रोगी के लिए सहमति के लिए  
प्राधिकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर .....

मैं अधोहस्ताक्षर कर्ता (रोगी या निकटतम संबंधी) एतद्द्वारा संभावित जटिलताओं और संरक्षित/खराब दृष्टि के पूर्वानुमान के बारे में पूरी जानकारी के साथ अपनी बाईं/दाईं आंख के ऑपरेशन की सहमति देता हूं। मैं प्रमाणित करता हूं कि मैंने यह सूचित सहमति पढ़ ली है यह मुझे पढ़ कर सुनाई गई है और मेरी मातृभाषा में मुझे समझाई गई है। और सारी खाली जगहें या निवेशन या पूर्ति की मांग करने वाले सभी कथन मेरे हस्ताक्षर करने से पहले भरे गए थे और लागू न होने वाले पैरे काट दिए गए थे। चिकित्सक ने मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दिए हैं।

---

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# Pediatric Cataract

*Shalini Mohan, Anand Aggarwal*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

Pediatric cataract may affect one or both eyes of children in any age group. Some children have cataract at birth where as some can get it during their developing years. The need for surgery is undertaken on the discretion of the ophthalmologist after a thorough assessment of child's visual behaviour. If the cataract is visually significant, then early surgery is the best option for improving visual outcome and giving the child binocular vision. The surgery is performed under general anesthesia and whether or not the intra ocular lens is placed at the time of primary surgery, depends on the age of the child and the laterality of cataract whether unilateral or bilateral. If both the eyes need to be operated, then two separate requirements for anesthesia are needed and the time for second eye is decided by the ophthalmologist after seeing the response of the first eye. It is very critical that clear ocular media is ensured so that the child can develop full visual potential.

## Post operative care

The eye may be red, swollen and painful following the procedure for which pain relieving oral medications and some eyedrops are given to bring about relief. The medications may need to be used for a prolonged period after the procedure to ensure maximal efficacy of the procedure. It is very important for the child's parents/legal guardian to understand that their role is not to optimize visual outcome as a parameter to the ophthalmic physician. They need to ensure regular follow up of the child to make note of any abnormal visual behaviour, the need for regular examinations under anesthesia due to the changing refractive errors as the pediatric eye grows over time. Sometimes children may have other associated ocular and systemic abnormalities accompanying their cataract which might need additional surgical interventions/ systemic pediatric evaluation.

## Post operative course & complications

1. After cataract and membrane formation: The incidence has decreased in recent years with the availability of modern techniques of surgery but can still occur especially in small children under the age of one year.
2. Changing refractive errors and the frequent need of glasses: Periodic assessment of child's refractive status is a must for which repeated examinations under anesthesia are needed to ensure proper refraction. It is also important for the parents/ legal guardians to realize that they ensure that the proper refractive correction in the form of glasses/ contact lenses is worn by the child during waking hours.
3. Amblyopia (lazy eye) treatment: This is the single most important factor in the success of unilateral cataract cases. The parents/ legal guardians need to ensure that the child is on proper occlusion therapy, the frequency of which is decided by the treating ophthalmologist.
4. Glaucoma: This is the single most important cause of late onset visual loss after successful pediatric cataract surgery. The rate of this complication varies widely. To ensure safety, it is very important for the parents'/ legal guardians to ensure that periodic Intra ocular pressure of the child's eye is monitored so that early detection is possible and remedial measures can be undertaken.
5. Retinal detachment/ endophthalmitis: These are rare complications.
6. Strabismus (squint) and nystagmus: These may sometimes be present at the time of presentation. Both of these require separate surgical intervention usually at a later date.

It is very important for you to realize that meticulous regular life long follow up is very important on your part so that the treating physician is able to assess your child's visual function and early detection of any complication as listed above is possible.

I have been made aware of the above mentioned facts and I have been counseled about the potential benefits and possible side effects of the procedure and by thoroughly going through all of the above, I give my full informed consent for the above procedure on my child.

---

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

**Declaration by Doctor**

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# पीडिएट्रिक कैटरैक्ट

शालिनी मोहन, आनंद अग्रवाल

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

पीडिएट्रिक कैटरैक्ट सभी आयुवर्गों के बच्चों की एक या दोनों आंखों को प्रभावित कर सकता है। कुछ बच्चों को जन्म से ही मोतियाबिंद रहता है और कुछ को उनकी बढ़ने की उम्र के दौरान कभी भी हो सकता है। नेत्र विशेषज्ञ बच्चे के दृश्य आचरण के गहन आकलन के बाद अपने विवेक से शल्यचिकित्सा का निर्णय लेता है। यदि मोतियाबिंद देखने में उल्लेखनीय है तो दृश्य परिणाम सुधारने और बच्चे को द्विनेत्रीय दृष्टि प्रदान करने के लिए यथा समय शल्यचिकित्सा सबसे अच्छा विकल्प होती है। शल्यचिकित्सा बेहोश करके की जाती है और शल्यचिकित्सा के समय अंतःनेत्रीय लेंस लगाया जाएगा या नहीं, इसका फैसला बच्चे की उम्र और मोतियाबिंद की पार्श्वीयता पर निर्भर करता है, यानी इस पर कि मोतियाबिंद एक आंख में है या दोनों आंखों में। यदि दोनों आंखों के ऑपरेशन की आवश्यकता होती है दो अलग-अलग बार बेहोश करने की जरूरत पड़ती है क्योंकि और दूसरी आंख के ऑपरेशन का समय नेत्रचिकित्सक पहली आंख की अनुक्रिया देखने के बाद तय करता है। यह बहुत महत्वपूर्ण है कि स्पष्ट नेत्रीय मीडिया सुनिश्चित किया जाए ताकि बच्चा पूर्ण दृष्टि क्षमता विकसित कर सके।

## शल्यचिकित्सोत्तर परिचर्या

प्रक्रिया के बाद आंख लाल, सूजी हुई हो सकती है और उसमें दर्द हो सकता है जिसके लिए कुछ खाने की दर्द निवारक दवाएं और राहत देने के लिए आंख में टपकाई जाने वाली दवाएं दी जाती हैं। प्रक्रिया की अधिकतम प्रभावकारिता सुनिश्चित करने के लिए प्रक्रिया के बाद लंबी अवधि तक दवाओं का प्रयोग किया जाता है। **बच्चे के माता-पिता/कानूनी अभिभावकों का यह समझना बहुत महत्वपूर्ण है कि दृष्टि संबंधी यथेष्टतम परिणाम में उनकी भूमिका नेत्रविशेषज्ञ। चिकित्सक जितनी ही अहम होती है। उनके नियमित रूप से बच्चे का फॉलोअप सुनिश्चित करने, असामान्य दृश्य बर्ताव पर ध्यान देने की जरूरत होती है, ऐनेस्थीसिया देकर बदलती अपवर्तनात्मक खामियों के लिए नियमित रूप से जांच की आवश्यकता होती है क्योंकि बच्चों की आंखें समय के साथ बढ़ती रहती हैं।** कभी-कभी बच्चों को उनके मोतियाबिंद के साथ आंख की दूसरी या दैहिक विकृतियां हो सकती हैं जो अतिरिक्त शल्यचिकित्सीय हस्तक्षेप/दैहिक बिमारियों के इवैल्यूशन की जरूरत पड़ सकती है।

## शल्यचिकित्सोत्तर कार्यविधि और जटिलताएं

1. आफ्टर कैटरैक्ट व मैम्ब्रेन फारमेशन शल्यचिकित्सा की आधुनिक तकनीकों की उपलब्धता के साथ इस तरह की घटनाएं कम होने लगी हैं लेकिन अब भी हो सकती हैं, विशेषकर एक साल से कम उम्र के बच्चों में।
2. बदलती अपवर्तनात्मक खामियां और चश्मे की प्रायिक आवश्यकता: बच्चे की अपवर्तनात्मक स्थिति का नियतकालिक मूल्यांकन अनिवार्य होता है, जिसके लिए ऐनेस्थीसिया देकर उपर्युक्त अपवर्तन सुनिश्चित करने के लिए बार-बार जांच करने की आवश्यकता होती है। माता-पिता/कानूनी अभिभावकों के लिए यह भी महत्वपूर्ण होता है कि वे सुनिश्चित करें कि बच्चा जागते समय चश्मे/कांटेक्ट लेंसों के रूप में उपयुक्त अपवर्तनात्मक संशोधन पहने।
3. एम्बलायोपिया (सुस्त आंख) का इलाज: यह एक आंख के मोतियाबिंद के मामलों में सफलता का अकेला सबसे महत्वपूर्ण कारक है। माता-पिता/कानूनी अभिभावकों का यह सुनिश्चित कराना आवश्यक है कि बच्चे को उपयुक्त अवरोध चिकित्सा मिल रही है, जिसकी आवृत्ति इलाज करने वाला नेत्रचिकित्सक तय करता है।
4. ग्लाकोमा: सफल बाल मोतियाबिंद ऑपरेशन के बाद देर से दृष्टि ह्रास के प्रारंभ का यह अकेला सबसे महत्वपूर्ण कारण है। इस जटिलता की दर में व्यापक विभिन्नता है। सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए माता-पिता/कानूनी अभिभावकों का यह सुनिश्चित करना बहुत महत्वपूर्ण है कि नियत समयांतराल पर बच्चे की आंख के अंतःनेत्रीय दबाव की निगरानी की जाए ताकि समय रहते पता लग सके और उपचारात्मक उपाय किए जा सकें।
5. रेटिना का विलगाव/एंडोथेलमाइटिस: ये बिरल जटिलताएं हैं।
6. भेंगापन (भेंगा) और निस्टैग्मस (अक्षिदोलन): कभी-कभी ये जटिलताएं प्रस्तुतिकरण के समय मौजूद हो सकती हैं। इनमें से दोनों समायन्ततः आगे की किसी तिथि पर अलग से शल्यचिकित्सीय हस्तक्षेप की मांग करती हैं।

आपके लिए यह अनुभव करना महत्वपूर्ण है कि जीवन भर अत्यंत सावधानी के फॉलोअप करना बहुत महत्वपूर्ण होता है ताकि इलाज करने वाला चिकित्सक आपके बच्चे के दृश्य कार्यों का मूल्यांकन कर सके और उपर्युक्त जटिलताओं में किसी जटिलता का समय रहते पता लग सके।

मुझे उपर्युक्त तथ्यों से अवगत कराया गया है और प्रक्रिया से संभावित लाभों और दुष्प्रभावों के बारे में मुझे सलाह दी गई है और उपर्युक्त सभी चीजों को पूरी तरह पढ़ लेने के बाद मैं अपने बच्चे पर उपर्युक्त प्रक्रिया करने की पूर्ण सूचित सहमति देता हूँ।

---

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान :.....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

### डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

#### गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

#### गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# YAG Capsulotomy

*Deepankur Mahajan*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

Posterior capsular opacification (PCO) is a condition which develops due to clouding of back membrane of the lens left behind following modern cataract surgery to support the intraocular lens. Such a membrane causes blurring and diminition of vision and occasionally streaks or haloes around light.

Laser capsulotomy involves using Nd-Yag laser to make a central hole within the PCO when it is causing significant complaints to the patient thereby providing a clear central visual axis to the patient.

Complications of the procedure include: Damage to IOL optic, IOL pitting, IOL subluxation, IOL dislocation, postoperative intraocular pressure elevation, new floaters/ spots, cystoid macular edema, retinal swelling, retinal detachment and exacerbation of localized endophthalmitis. Additional medical/surgical intervention may be required for these

Alternative treatment options include surgical posterior capsulotomy whereby eye has to be opened to remove opacified posterior capsule.

I, ..... have been fully explained in the best understood language (.....) that I have RE/LE posterior capsular opacification and have to undergo right/left eye Yag laser posterior capsulotomy for the same.

The details of the procedure and alternate treatments and their risks and benefits have been explained to my satisfaction. I hereby give my full, free and voluntary informed consent for a posterior capsulotomy in my right/left eye with the YAG laser.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# वाईएजी कैप्सूलोमी

दीपंकर महाजन

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

पोस्टरियर कैप्सूलर ओपासिफिकेशन (पीसीओ) एक अवस्था है जो अंतः नेत्रीय लेंस को समर्थन देने के लिए आधुनिक कैटरैक्ट सर्जरी के बाद छोड़ी गई लेंस की कला के धुंधली हो जाने से होती है। मेम्बरेन का इस तरह का धुंधलापन, दृष्टि ह्रास और प्रकाश के इर्द-गिर्द प्रभामंडल या धरिया पैदा करता है।

लेजर कैप्सूलोमी के अंतर्गत उस समय एनडी वाईएजी लेजर का उपयोग करके पीसीओ के भीतर एक केंद्रीय छिद्र किया जाता है, जब वह रोगी को उल्लेखनीय कष्ट देने लगती है और इस तरह रोगी को नेत्र का स्पष्ट केंद्रीय अक्ष प्रदान किया जाता है।

प्रक्रिया की जटिलताओं में शामिल हैं: आईओएल ऑप्टिक को क्षति, आईओएल का पिंटिंग, आईओएल का विस्थापन, शल्यचिकित्सोत्तर अंतःनेत्रीय दबाव में वृद्धि, नए फ्लोटर्स/धब्बे, सिस्टॉयड माक्यूलर एडिमा, रेटिना की सूजन, रेटिना का विलगाव और स्थानिक एंडोथेलमाइटिस का अत्यधिक बढ़ जाना इनके लिए अतिरिक्त दवाई से उपचार/शल्यचिकित्सीय हस्तक्षेप की आवश्यकता पड़ सकती है।

इलाज के वैकल्पिक विकल्पों में सर्जिकल पोस्टरियर कैप्सूलोमी शामिल है जिसके अंतर्गत अपारदर्शी हो चुके पोस्टरियर कैप्सूल को निकालने के लिए आंख खोलनी पड़ती है।

मुझे, ..... उस भाषा में जिसे मैं सबसे अच्छी तरह समझता हूं पूरी तरह समझाया गया है कि मेरी दाईं आंख/बाईं आंख में पोस्टरियर कैप्सूलर ओपासिफिकेशन है और उसके लिए मेरा दाईं/बाईं आंख की वाईएजीलेजर पोस्टरियर कैप्सूलोमी की जानी है।

प्रक्रिया के व्योरे और वैकल्पिक इलाजों और उनके जोखिमों और लाभों का मुझे संतोषजनक विवरण दिया गया है। एतद्द्वारा मैं अपनी दाईं/बाईं आंख में वाईएजी लेजर पोस्टरियर कैप्सूलोमी करने के लिए अपनी पूरी, स्वतंत्र, और स्वैच्छिक सूचित सहमति देता हूं।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूं कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

---

# MISCELLANEOUS

---

---

# Examination Under Anesthesia (EUA)

*Chaitali Basu*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in the language I understand best, that my daughter/son/..... is to undergo Examination Under Anaesthesia (EUA), and that :

- The procedure is being done to thoroughly examine the patient who is not otherwise co-operative for normal examination.
- During examination, if any need for an intervention is felt by my doctor, I give my consent for performing any procedure as may be deemed advisable. I hereby certify that I have fully understood the reasons why the above procedure is considered necessary, its advantages and possible alternative modes of treatment. I also hereby certify that no guarantee or assurance has been made as to the result that may be obtained.
- The procedure carries all the inherent risks of General Anaesthesia. The risk of complication with serious after effects and/or death, though small is always present.

Knowing this I give my full, free and voluntary consent.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

**Witness 1**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

**Witness 2**

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# ऐनेस्थीसिया देकर जांच (इयूए)

चैताली बसु

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....  
का पुत्र/पुत्री .....  
पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे उस भाषा में जिसे मैं सबसे अच्छी तरह समझता हूँ, सूचित किया गया है कि मेरी बेटी/बेटे की ऐनेस्थीसिया देकर (इयूए) जांच की जानी है, और यह भी कि:

- यह प्रक्रिया रोगी की अच्छी तरह जांच करने के लिए की जा रही है जो अन्यथा सामान्य जांच में सहयोग नहीं कर रहा है।
- जांच के दौरान यदि चिकित्सक किसी हस्तक्षेप की जरूरत अनुभव करेगा तो वह जिस किसी भी प्रक्रिया को उचित समझेगा उसे करने की अपनी सहमति देता हूँ। मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैं उपर्युक्त प्रक्रिया को आवश्यक समझने के कारणों, इसके लाभों और इलाज की संभव वैकल्पिक विधियों को पूरी तरह समझता हूँ। मैं एतद्वारा यह भी प्रमाणित करता हूँ कि प्राप्त हो सकने वाले परिणाम के बारे में मुझे कोई आश्वासन या गारंटी नहीं दी गई है।
- प्रक्रिया के साथ जनरल ऐनेस्थीसिया के सभी अंतर्निहित जोखिम जुड़े हैं। गंभीर उत्तर प्रभाव और/या मृत्यु के साथ जटिलताओं के जोखिम, हालांकि कम, लेकिन हमेशा मौजूद रहते हैं।

यह जानते हुए मैं अपनी पूरी, स्वतंत्र और स्वैच्छिक सहमति देता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....  
नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....  
पता : .....  
फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

गवाह 1

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

गवाह 2

हस्ताक्षर : .....  
नाम : .....  
पता : .....  
फोन : .....

# Optical Iridectomy

*Asim K. Kandar*

Name of Patient ..... Age/Sex ..... Patient ID ..... Date .....

Son / Daughter of .....

Address ..... Tel .....

I have been informed in my mother tongue that I/ my child is suffering from whitening of the cornea (Corneal opacity) with some clear area remaining (specify ..... ) and that a surgery will be performed to enhance the passage of light through the clear area. A part of the iris (diaphragm of the eye) will be excised during the surgical procedure.

I have been fully explained regarding the permanent nature of the opacity/ lesion and that it may increase after the surgery and corneal transplant may be required. I have been explained the risk of development of cataract, leading to cataract surgery and lens implantation. There is risk of infection, hyphema due to haemorrhage from iris vessels leading to secondary rise of intraocular pressure. There is chance of no improvement or worsening of best corrected visual acuity, glaucoma secondary to surgery or to medications, and high astigmatism after surgery. There may be a need for repeat surgery which may or may not lead to improvement of vision. I have been explained the need for follow up as frequently as advised by the doctors that may span upto years, with multiple investigations at each visit. I have been explained that using medications properly is required for success of the procedure. I have been explained that I will need to urgently come for follow-up to ophthalmic casualty if there is sudden onset of redness, photophobia, pain or deterioration of vision as these may be signs of endophthalmitis. I understand that inspite of all efforts, there is a possibility that there may be worsening of the visual acuity or the cosmetic appearance of the eye.

I certify that I have fully understood the implications of the above consent and authorise the doctors to perform Optical Iridectomy on my/ my child's right / left eye.

Signature / Thumb Impression of Patient/ Parent / Guardian: .....

Name: ..... Relationship ..... Date .....

Address: .....

Phone (Off) ..... (Res) ..... (Mob) .....

## Declaration by Doctor

I declare that I have explained the nature and consequences of the procedure to be performed, and discussed the risks that particularly concern the patient.

I have given the patient an opportunity to ask questions and I have answered these.

Doctor's signature

Doctor's name

Date

### Witness 1

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

### Witness 2

Signature: .....

Name: .....

Address: .....

Tel: .....

# ऑप्टिकल इरिडेटोमी

आसिम के कंदर

रोगी का नाम : ..... उम्र/लिंग : ..... रोगी की आईडी : ..... तारीख : .....

का पुत्र/पुत्री : .....

पता : ..... टेलीफोन नं : .....

मुझे मेरी मातृभाषा में सूचित किया गया है कि मैं/मेरा बच्चा कार्निया के श्वेतन (कार्निया की अपारदर्शिता) से पीड़ित है; कुछ स्वच्छ हिस्से के बचे होने के साथ (स्पष्ट उल्लेख करें.....) और स्वच्छ हिस्से से होकर प्रकाश के पारगमन को बढ़ाने के लिए एक शल्यचिकित्सा की जाएगी। शल्यचिकित्सीय प्रक्रिया के दौरान आइरिस (आंख के डायफ्राम) का एक भाग काट दिया जाएगा।

मुझे अपारदर्शिता क्षति की स्थाई प्रकृति के बारे में पूरी तरह समझाया गया है और यह भी कि शल्यचिकित्सा के बाद यह बढ़ सकती है और कार्निया के प्रत्यारोपण की आवश्यकता पड़ सकती है। मुझे मोतियाबिंद होने के जोखिम के बारे में भी बताया गया है जिसके लिए कैटरैक्ट शल्यक्रिया करनी पड़ सकती है। संक्रमण, आइरिस की रक्तवाहिनियों से रक्तस्राव के कारण हायफेमा का भी जोखिम है जिसके कारण शल्यचिकित्सा के बाद अंतःनेत्रीय दबाव में द्वितीयक वृद्धि हो सकती है। सर्वश्रेष्ठ संशोधित दृष्टि गतिविधि में कोई सुधार न होने या और भी खराब हो जाने, शल्यचिकित्सा या दवाओं के प्रभाव से द्वितीयक ग्लाइकोमा, और उच्च दृष्टि वैषम्य की भी संभावना है। दुबारा शल्यचिकित्सा की आवश्यकता पड़ सकती है जिससे दृष्टि में सुधार हो सकता है और नहीं भी। मुझे बताया गया है कि चिकित्सक के सुझाए अनुसार मुझे बार-बार फॉलोअप के लिए आना होगा जो वर्षों चल सकता है। और प्रत्येक मुलाकात पर कई जांचें की जा सकती हैं। मुझे बताया गया है कि आंख के अचानक लाल हो जाने, प्रकाशभीति अनुभव करने, दर्द या दृष्टि के और भी विकृति हो जाने पर मुझे तुरंत नेत्रचिकित्सा आपातकक्ष में फॉलोअप के लिए आना होगा क्योंकि ये एन्डोआर्थैलमाइटिस के प्रारंभिक लक्षण हो सकते हैं। मैं समझता हूँ कि आंख की विजुअल ऐक्वीटी/नेत्रचिकित्सा या प्रसाधक वाह्यकृति के और भी खराब हो जाने की संभावना है।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं उपर्युक्त सहमति के निहितार्थों को पूरी तरह समझता हूँ और अपनी अपने बच्चे की दाईं/बाईं आंख में ऑप्टिकल आइरिडोटोमी करने के लिए चिकित्सकों को अधिकृत करता हूँ।

रोगी/अभिभावक का हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान : .....

नाम : ..... रिश्ता : ..... तारीख : .....

पता : .....

फोन : (आफिस). ..... (घर). ..... मोबाइल: .....

## डॉक्टर द्वारा घोषणा

मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने संपन्न की जाने वाली कार्यविधि की प्रकृति और उसके परिणामों को समझा दिया है और उन जोखिमों की चर्चा की है जो कि विशेष रूप से रोगी से संबंधित है।

मैंने रोगी को प्रश्न पूछने का अवसर प्रदान किया है और उनका उत्तर दिया है।

डॉक्टर का हस्ताक्षर :

डॉक्टर का नाम :

तारीख :

## गवाह 1

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....

## गवाह 2

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पता : .....

फोन : .....