

## TRAUMATIC OCULAR INJURY

### आँख की चोट

#### सहमति

मैं श्री/श्रीमती/सुश्री ..... महिला/पुरुष ..... आयु ..... वर्ष पुत्र/पुत्री/पत्नी  
..... निवासी ..... मेरी दोनों आँखों की पूरी जाँच करने के बाद मुझे भली-भाँति  
समझा दिया गया है कि मेरी दायीं/बायीं आँख में चोट लगी है तथा चोट के कारण -

1. आँख के गोले का आवरण कट गया है (पलक का कटा हुआ घाव/कुचला हुआ घाव), घाव की सिलाई करने की आवश्यकता है।
2. आँख के गोले का बाहरी आवरण कट गया है (कन्जेक्टाइवा का घाव)। घाव भरने के लिये घाव की सिलाई की जायेगी।
3. आँख के चमकीले, पारदर्शी, केन्द्रीय भाग में घाव है। (हीरे का घाव), आँख के गोले का आकार बनाये रखने के लिये इस घाव की सिलाई की जायेगी। घाव की सिलाई के बाद भी हीरे में सफेदी के रूप में चोट का निशान रहेगा, जिसके कारण आँख की रोशनी प्रभावित हो भी सकती है और प्रभावित नहीं भी हो सकती है।
4. आँख की गोली की बाहरी परत में घाव है। (आँख के गोले के सफेद भाग में घाव) आँख के गोले का आकार बनाये रखने के लिये इसकी सिलाई करना अति आवश्यक है।
5. आँख के गोले के अन्दर के पदार्थ (आइरिस/लैन्टा/विटरस) बाहर आ गये हैं। इनको काट कर अलग करना/अन्दर वापस डालने की आवश्यकता है।
6. आँख के अन्दर खून इकट्ठा हो गया है, जिसे ऑपरेशन के द्वारा साफ किया जायेगा।
7. मुझे यह भली-भाँति समझा दिया गया है कि आँख के गोले के बाहर की हड्डी टूटने के कारण आँख की मांसपेशियों/तन्त्रिकाओं के चोटग्रस्त होने के कारण आँख अपनी सामान्य स्थिति से घूम कर तिरछी हो सकती है। ऑपरेशन के दौरान इस बात का पूरा ध्यान रखा जायेगा कि आँख में तिरछापन कम से कम आए। तिरछेपन को दूर करने के लिये दवाइयाँ व आँख की मांसपेशियों के अभ्यास की आवश्यकता हो सकती है।
8. आँख के अन्दर की संरचनाओं में बदलाव के कारण आँख के अन्दर का दबाव बढ़ गया है, जिसके कारण काला पानी बन गया है, जिसके लिये ऑपरेशन व दवाइयों की आवश्यकता पड़ सकती है व नहीं भी पड़ सकती है।
9. आँख में चोट के कारण मोतियाबिंद बन गया है तथा लैन्स अपनी जगह से हिल गया है/लैन्स अपनी जगह से नहीं हिला है। मोतियाबिंद के कारण आँख का पर्दा दिखाई नहीं दे रहा है। अतः आँख के पर्दे के बारे में कुछ भी नहीं कहा जा सकता है। इस समय आँख में रोशनी का अहसास हो रहा है तथा रोशनी किस तरफ से आ रही है, यह भी अहसास हो रहा है/केवल रोशनी का अहसास हो रहा है, किन्तु रोशनी किस तरफ से आ रही है, यह अहसास नहीं हो रहा है। ऑपरेशन के द्वारा मोतियाबिंद हटा कर ऑपरेशन के दौरान अथवा बाद के कृत्रिम लैन्स का प्रत्यारोपण कर दिया जायेगा।
10. आँख का पर्दा अपनी जगह से हट गया है, उसे उपयुक्त विधि के द्वारा वापस अपनी जगह पर लगाया जायेगा (क्रायो/लेजर/बैकलॉग)।
11. आँख के अन्दर बाहरी पदार्थ पड़ा हुआ है। बाहरी पदार्थ के होने का सन्देह है। ऑपरेशन के द्वारा इसे बाहर निकाला जायेगा तथा आँख के पीछे के भाग की सफाई की जायेगी। इस बाहरी पदार्थ के आँख में रहने के कारण आँख में संक्रमण हो सकते हैं अथवा आँख बैठ सकती है। अतः इसे निकालने की कोशिश की जायेगी तथा संभव हुआ तो निकाली जायेगी किन्तु कुछ परिस्थितियों में इसकी प्रकृति या स्थिति के कारण इसे निकाला जाना संभव नहीं होता, ऐसी स्थिति में मुझे यह स्वीकार है।
12. चोट की प्रकृति, चोट करने वाली वस्तु की प्रकृति तथा आँख का गोला फटने के कारण, आँख के अन्दर बाहरी पदार्थ के कारण, आँख के अन्दर जीवाणु, वाइरस व फंगस संक्रमण की प्रबल संभावना है। इस संक्रमण को नियन्त्रित करने के लिये आँख के अन्दर

उपयुक्त औषधि की सुई लगाने की आवश्यकता पड़ सकती है। संक्रमण नियन्त्रित नहीं होने की स्थिति में आँख के अन्दर सुई बार-बार भी लगानी पड़ सकती है।

13. ऑपरेशन के दौरान कुछ विधियों की अचानक भी आवश्यकता पड़ सकती है।
14. उपरोक्त सभी उपाय केवल आँख के गोले का आकार बनाये रखने के लिये किये जाएँगे। इस ऑपरेशन का मतलब उपचार का अन्त नहीं है। आँख के गोले का आकार बनाए रखने के लिये व रोशनी में सुधार लाने के लिये बाद में कुछ और ऑपरेशन की भी आवश्यकता पड़ सकती है।
15. उपरोक्त सभी प्रत्याशों के बाद भी आँख बैठ सकती है अथवा पुनः अपना कार्य करने में असफल हो सकती है।
16. मुझे सुन्न करने की विधि व उससे होने वाले जोखिमों के बारे में भली-भाँति समझा दिया गया है।
17. मुझे यह भली-भाँति समझा दिया गया है कि मेरी आँख में गम्भीर चोट/संक्रमण है तथा आँख का आकार बनाए रखने/रोशनी आने की कोई सम्भावना नहीं है। मैं अपनी मर्जी से आँख की सफाई (Evisaration)/आँख निकलवाने (Enucleation) की सहमति देता हूँ। मुझे यह भी समझा दिया गया है कि आँख की सफाई/निकलवाने के बाद भविष्य में आँख में रोशनी आने की कोई संभावना नहीं है तथा चेहरे के भद्देपन को दूर करने के लिये कृत्रिम आँख लगाने की आवश्यकता पड़ेगी। असहनीय दर्द, संक्रमण के फैलने के खतरे व दूसरी आँख के खराब होने की सम्भावना के कारण आँख निकालना अति आवश्यक है।
18. मुझे यह भली-भाँति समझा दिया गया है कि मुझे अन्य केन्द्र पर जो प्राथमिक उपचार/अधूरा उपचार दिया गया है, इससे ऑपरेशन के परिणामों पर विपरीत असर पड़ सकता है। मैं यह स्वीकार करता हूँ तथा इस चिकित्सालय के चिकित्सक से प्रार्थना करता हूँ कि मुझे पहले दिये गए उपचार के विपरीत प्रभावों व जटिलताओं का उपचार करें तथा इन विपरीत प्रभावों के लिये वर्तमान चिकित्सक जिम्मेदार नहीं होगा।

मुझे यह भली-भाँति समझा दिया गया है कि मेरी आँख की चोट की गम्भीरता/प्रकृति को देखते हुए चिकित्सक के अधिकतम प्रयासों के बाद भी दूसरे या तीसरे ऑपरेशन की आवश्यकता पड़ सकती है। मुझे यह भी समझा दिया गया है कि प्रारम्भिक इलाज (ऑपरेशन का उद्देश्य आँख का आकार बनाए रखने के लिये तथा आँख के कार्य को पूर्व स्थिति में लाने के लिये बाद में कुछ अन्य विधियों की भी आवश्यकता पड़ सकती है। मुझे यह भी साफ तौर पर बता दिया गया है कि इस ऑपरेशन/विधि के असफल होने की स्थिति में आँख की सभी संरचनाएँ एवं कार्य समाप्त हो सकते हैं। मुझे यह भी समझा दिया गया है कि आँख की कार्य-प्रणाली (रोशनी) की पुनः प्राप्ति के प्रयास किये जाएँगे किन्तु पक्की जिम्मेदारी नहीं ला सकती।

मुझे यह भी सूचित कर दिया गया है कि विभिन्न कारणों से, जिसमें संक्रमण भी सम्मिलित है, विधि के परिणामों पर विपरीत असर डाल सकते हैं तथा अन्तिम परिणाम चिकित्सक के द्वारा दिये गये ऑपरेशन, पूर्व ऑपरेशन के दौरान व ऑपरेशन के बाद दिये गये निर्देशों का मेरे द्वारा पालन करने पर निर्भर है। मेरे द्वारा उपरोक्त निर्देशों का पालन नहीं करने की स्थिति में होने वाले गलत परिणामों की समस्त जिम्मेदारी मेरी स्वयं की होगी, इसमें चिकित्सक व चिकित्सालय की किसी भी प्रकार की जिम्मेदारी नहीं होगी।

मैंने यह अच्छी तरह से समझ लिया है कि मेरा इलाज करने वाला चिकित्सक/चिकित्सालय पुलिस कार्यवाही व अदालती कार्यवाही के लिये अधिकृत नहीं है तथा मुझे चोट पहुँचाने वाले व्यक्ति के विरुद्ध मैं किसी भी प्रकार की पुलिस कार्यवाही व अदालती कार्यवाही नहीं करूँगा।

मुझे बिन्दु सं. .... सहित सभी बातों के बारे में भली-भाँति समझा दिया गया है। मैं मेरे चिकित्सक की तकनीकी योग्यता व कार्य दक्षता से पूर्ण रूप से सहमत हूँ तथा उन्हें स्वीकार करता हूँ तथा अपनी दायीं/बायीं आँख का सुन्न करने की सुई लगाकर/बेहोशी की दवा सुँघाकर ऑपरेशन करने हेतु अपनी स्वयं की इच्छा से कानूनी सहमति दे रहा हूँ।

स्थान -  
दिनांक

मरीज के हस्ताक्षर

गवाह के हस्ताक्षर/अँगूठा निशान  
मरीज के साथ सम्बन्ध