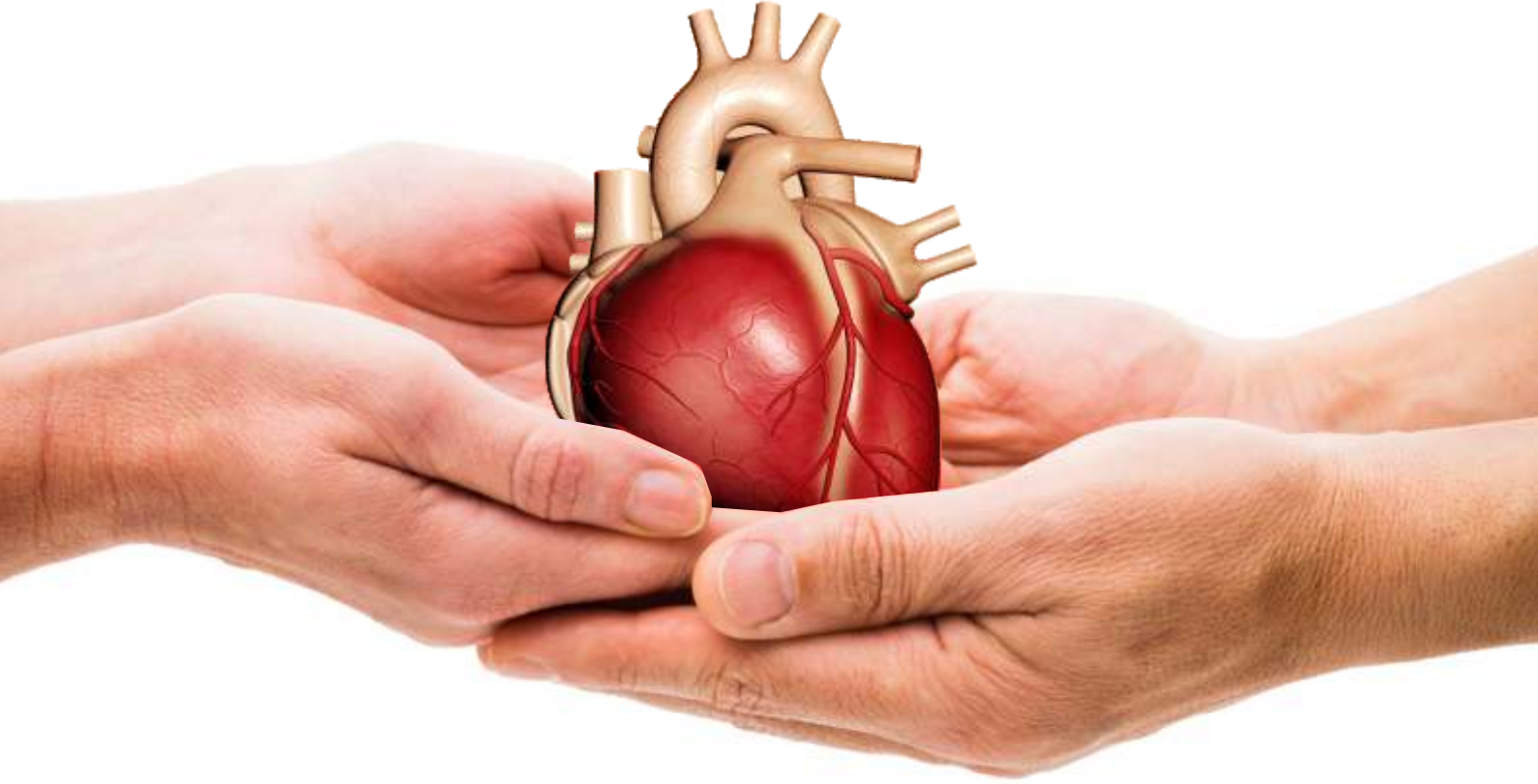


સીમ્સ

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ક્લિનિક

દર્દી માટે માર્ગદર્શિકા



મહત્વનું : તમે પહોંચો તે પહેલા

- આ પુસ્તિકામાં આપેલી તમામ માહિતી કાળજીપૂર્વક વાંચો – કોઈ પ્રશ્ન હોય તો ઓફિસ પર ફોન કરો.
- મૂલ્યાંકન કરી શકાય તે માટે તમારી સાથે મદદ માટે એક વ્યક્તિ હોવી જ જોઈએ.
- તમે પૂરક ઓક્સિજનનો ઉપયોગ કરતા હોવ તો તમારે તમારા ઓક્સિજન પ્રોવાઇડરને પ્રવાસ યોજનાની જાણ કરવી જોઈએ.
- ઢીલા કપડા અને આરામદાયક પગરખા પહેરો.
- કોઈ પ્રશ્ન કે સમસ્યા હોય તો ૯૧-૭૯-૩૦૧૦૧૧૦૦ પર ઓફિસનો સંપર્ક કરો.

નવા દર્દી માટેની માહિતી

આ બાઈન્ડરમાં નીચે જણાવેલા વિભાગોનો સમાવેશ થાય છે જે તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રવાસ દરમિયાન તમને માર્ગદર્શન આપશે

વેલકમ લેટર

તમારો ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રવાસ	ટેબ ૧
સારસંભાળ રાખનારની અપેક્ષાઓ	ટેબ ૨
તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે તૈયાર થવું	ટેબ ૩
દવાઓ અને એલર્જી	ટેબ ૫
સિસ્ટમ અને સ્થિતિની સમીક્ષા	ટેબ ૬
રેકોર્ડ રિવિઝ ફોર્મ	ટેબ ૭
તમારી ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ	ટેબ ૮
તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટનું મૂલ્યાંકન	ટેબ ૯

ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન સર્વિસ
કાર્ડિયોથોરેસિક ટ્રાન્સપ્લાન્ટ

શ્રીમાન / શ્રીમતી

સીમ્સ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્વિસમાં આપનું સ્વાગત છે. સીમ્સ ખાતે અમે સારવારની ગુણવત્તા માટે કટિબદ્ધ છીએ અને તમે પોઝિટિવ અનુભવ મેળવો તેવું ઇચ્છીએ છીએ.

અમે નવા પેશન્ટ બાઇન્ડરનો સમાવેશ કર્યો છે જે ખાસ તમારા માટે છે. તેમાં તમને મળશે:

- તમારો ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રવાસ (કાર્યક્રમ) – તમે આગળ વધો ત્યારે તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મૂલ્યાંકન માટે સીમ્સ દ્વારા તમારી મુલાકાતનો આ વ્યક્તિગત રોડમેપ છે.
- કાળજી રાખનારની અપેક્ષાઓ – આ વિભાગમાં તમારી કાળજી રાખનારની સમીક્ષા લખો જેઓ તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રવાસ દરમિયાન તમને મદદ કરવા પ્રતિબદ્ધ છે.
- તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે તૈયાર થવું – તમે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે એક સહમતી પત્ર મેળવશો. તેને વાંચી જાવ પરંતુ સહી ન કરો. તમારા ડોક્ટર તેની સામગ્રી તમને જણાવશે, તમને પ્રશ્નો પૂછવાની તક આપશે અને તમારા મૂલ્યાંકન વખતે તમે તેના પર સહી કરશો.
- દવાઓ અને એલર્જી – તમારી દવાઓ, ડોઝ, પ્રિસ્ક્રિપ્શન કરનાર ડોક્ટર અને દરેક દવા કયા કારણથી લો છો તેની યાદી આપો. તેમાં કોઈ ઓવર ધ કાઉન્ટર દવાઓ, આહારલક્ષી સપ્લીમેન્ટરીઝ અને હર્બલ સપ્લીમેન્ટનો સમાવેશ કરો. * તેને પૂર્ણ રીતે ભરો અને તમારા મૂલ્યાંકન દરમિયાન તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કોઓર્ડિનેટરને આપો.
- ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ - તમારા મૂલ્યાંકન દરમિયાન તમે ટીમના વિવિધ સભ્યોને મળશો જેઓ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રક્રિયામાં તેમની ભૂમિકા તમને સમજાવશે.
- ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મૂલ્યાંકન માટે નિદાન ટેસ્ટીંગ – તેમાં ટેસ્ટની એક યાદી સામેલ છે જે તમારા મૂલ્યાંકનના ભાગ તરીકે સામેલ કરી શકાય છે.

તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય તો ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ઓપીડી પર ૯૧-૭૯-૩૦૧૦૧૧૦૦ પર ફોન કરો. એક્સ્ટેન્શન ૧૨૮૮

આપની સેવામાં

કાર્ડિયોથોરેસિક ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ

વ્યક્તિગત માહિતી:

નામ: _____

જન્મ તારીખ: _____ જન્મનું સ્થળ: _____

સરનામું: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ જિલ્લો : _____

સીમ્સ હોસ્પિટલે પહોંચતા તમને કેટલો સમય લાગે છે? _____

તમે વાહન હંકારો છો? ના હા

તમારી કાળજી રાખનાર વ્યક્તિ વાહન હંકારે છે? ના હા

ફોન નંબર : _____

ઘર

મોબાઈલ

કામના સ્થળે

ઇમેઇલ એડ્રેસ : _____

ધર્મ : _____

શિક્ષણ પૂર્ણ કર્યું (સૌથી ઊંચા સ્તર પર ટીક કરો):

શાળા ગ્રેજ્યુએટ પોસ્ટ ગ્રેજ્યુએટ અન્ય _____

વ્યવસાય: _____

તમારી પરિસ્થિતિ માટે સૌથી વધુ સાનુકુળ હોય તેના પર ટિક કરો:

નોકરી બિઝનેસ બેરોજગાર વિકલાંગ નિવૃત્ત

વૈવાહિક સ્થિતિ: અપરિણિત પરિણિત વિધવા અલગ છૂટાછેડા

તમે કોની સાથે રહો છો? _____ સંબંધ: _____

કોઈ ખાસ જરૂરિયાત જણાવો: દૃષ્ટિની ખામી સાંભળવાની ખામી

વાંચવાની ખામી શારિરિક ખામી

તમને આ પેપરવર્ક કરવામાં કોઈએ મદદ કરી ? ના હા કોણે? _____

કઈ ભાષા બોલી શકો છો: અંગ્રેજી હિંદી ગુજરાતી ચોક્કસ જણાવો: _____

કઈ ભાષા લખી શકો છો: અંગ્રેજી હિંદી ગુજરાતી ચોક્કસ જણાવો: _____

તમે વિલ ધરાવો છો? ના હા

તમે કેવા પ્રકાર ધરમાં રહો છો? ૧ માળનું મકાન બહુ માળી મકાન એપાર્ટમેન્ટ

દાદરાની સંખ્યા: કારથી આગળનો દરવાજો _____ આગળના દરવાજાથી બાથરૂમ _____ થી બેડરૂમ _____

તમે પ્રથમ માળ પર પૂર્ણ સુવિધા ધરાવતું બાથરૂમ ધરાવો છો? ના હા

તમે ક્યારેય ભારત બહાર પ્રવાસ કર્યો છે ? ના હા

કઈ જગ્યાએ / ક્યારે _____

પ્રોવાઇડર્સ :

ફેમિલી ડોક્ટર: _____ ફોન: _____

લોકલ કાર્ડિયોલોજિસ્ટ: _____ ફોન: _____

ફર્મસી: _____ ફોન: _____

લોકલ લેબોરેટરી: _____ ફોન: _____

હોમ કેર એજન્સી: _____ ફોન: _____

એમ્બ્યુલન્સ સર્વિસ: _____ ફોન: _____

ઇમરજન્સી માટે ઉપયોગ કરેલી સ્થાનિક હોસ્પિટલ: _____ ફોન: _____

ઉપકરણો સપ્લાયર : _____ ફોન: _____

ઇમરજન્સી સંપર્ક :

નામ: _____ સંબંધ: _____

સરનામું : _____ ફોન: _____

સામાજિક ઇતિહાસ:

તમે ક્યારેય સિગારેટ પીધી છે ? ના હા

છોડ્યાની તારીખ : _____

રોજના કેટલા પેક : _____

તમે ક્યારેય તમાકુ ઉત્પાદનનો ઉપયોગ કર્યો છે ? ના હા

છોડ્યાની તારીખ : _____ ઉત્પાદન: _____

તમે ક્યારેય મનોરંજન ડ્રગ્સનો ઉપયોગ કર્યો છે? ના હા

તમે છેલ્લે ક્યારે ઉપયોગ કર્યો હતો ____ / ____ / _____

તમે આલ્કોહોલનું સેવન કરો છો? ના હા

રોજના કેટલા ડ્રીંક ? _____

તમે કોઈ પાલતુ પ્રાણી ધરાવો છો? ના હા

પ્રકાર? _____

તમારા શોખ શું છે? _____

દાંતનો રેકોર્ડ :

છેલ્લે દાંતનું પરીક્ષણ ક્યારે કરવામાં આવ્યું હતું ? ____ / ____ / _____

તમે કેટલી વખત જાવ છો? દર છ મહિને દર ૧૨ મહિને

તમે ડેન્ટલ પહેરો છો? ના હા ફુલ ડેન્ટલ આંશિક પ્લેટ

પ્રોસ્થેટિક અને એક્સેસ ડિવાઇસ

તમે હાલમાં આ પૈકી કોઈનો ઉપયોગ કર્યો છે:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| આઇગ્લાસ અથવા કોન્ટેક્ટ્સ | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | ચોક્કસ જણાવો _____ |
| ઇમ્પ્લાન્ટ્સ | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | ચોક્કસ જણાવો _____ |
| પેસમેકર / ડિફાઇબ્રિલેટર | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | બ્રાન્ડ અને સિરિયલ _____ |
| કૃત્રિમ અવયવ | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | ચોક્કસ જણાવો _____ |
| જોઇન્ટ રિપ્લેસમેન્ટ | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | ચોક્કસ જણાવો _____ |
| તમે ઉપયોગ કરો છો | <input type="checkbox"/> વોકિંગ સ્ટીક | <input type="checkbox"/> વોકર | <input type="checkbox"/> વ્હીલચેર |

ઓક્સિજનનો ઉપયોગ

તમે હાલમાં ઓક્સિજનનો ઉપયોગ કરો છો?

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|
| ક્સરત: | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | લિટર: _____ |
| આરામ: | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | લિટર: _____ |
| ઉંઘ: | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | લિટર: _____ |
| હંમેશા: | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | લિટર: _____ |
| સીપીએપી / બીઆઇપીએપી | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | સેટિંગ: _____ |

પોષણનું મૂલ્યાંકન:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| તમે કોઈ વિશેષ ડાયટ અનુસરો છો? | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | ચોક્કસ જણાવો: _____ |
| તાજેતરમાં તમારા વજનમાં ફેરફાર થયો છે? | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | |
| વધારો / ઘટાડો જણાવો (પાઉન્ડમાં): | _____ | | |
| તમે ફિઝિકલ રિહેબ અથવા અન્ય ક્સરત કાર્યક્રમ અનુસરો છો? | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | ક્યાં: _____ |
| તમે ચા / કોફી પીવો છો? | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | રોજ કેટલા પ્રમાણમાં? _____ |
| તમે સુગર ડ્રિંક / સોડા / પોપ પીવો છો | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | રોજ કેટલા પ્રમાણમાં? _____ |

પીડાનું મૂલ્યાંકન:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| તમને પીડા થાય છે ? | <input type="checkbox"/> ના | <input type="checkbox"/> હા | સ્થળ / તીવ્રતા _____ |
| તમે પીડા થાય તો તેનું સંચાલન કરો છો? | _____ | | |
| પીડા માટે કોઈ એમડી તમારી સારવાર કરે છે? ક્યા ડોક્ટર આ પીડાને નિયંત્રિત કરે છે? | _____ | | |

આરોગ્ય જાળવણી મૂલ્યાંકન:

તમે છાતીનો એક્સ રે કરાવ્યો છે? ના હા તારીખ/સ્થળ _____

તમે ડીઇએક્સએ સ્કેન કરાવ્યો છે? ના હા તારીખ/સ્થળ _____

તમે મેમોગ્રામ કરાવ્યો છે? ના હા તારીખ/સ્થળ _____

તમે પેપ-સ્મીયર કરાવ્યો છે? ના હા તારીખ/સ્થળ _____

તમે કોલોનોસ્કોપી કરાવી છે? ના હા તારીખ/સ્થળ _____

તમને ક્યારેય રસી આપવામાં આવી છે ?

ફ્લુ / એચ૧એન૧ ના હા તારીખ: _____

ચિકન પોક્સ ના હા તારીખ: _____

મમ્પ ના હા તારીખ: _____

હિપેટાઇટિસ એ ના હા તારીખ: _____

હિપેટાઇટિસ બી ના હા તારીખ: _____

ન્યુમોનિયા ના હા તારીખ: _____

અઇબડા ના હા તારીખ: _____

શિંગલ્સ ના હા તારીખ: _____

ધનુર ના હા તારીખ: _____

રુબેલા ના હા તારીખ: _____

અન્ય ના હા તારીખ: _____

અન્ય:

છેલ્લા ત્રણ મહિનામાં તમારી જીવન પ્રવૃત્તિને અસર કરે તેવી કોઈ શારિરીક સમસ્યા થઈ છે?

ના હા કઈ પ્રવૃત્તિઓ મર્યાદિત થઈ તે જણાવો: _____

પરિવારમાં મૃત્યુ ના હા જોબ ઇશ્યુ ના હા

નાણાકીય મુશ્કેલીઓ ના હા

આરોગ્યની સમસ્યા ધરાવતા પરિવારના સભ્યો ના હા

અન્ય ના હા ચોક્કસ જણાવો _____

તમે ક્યારેય બ્લડ ટ્રાન્સફ્યુઝન કરાવ્યું છે? ના હા જો હા, તો તારીખ જણાવો _____

તમે બ્લડ પ્રોડક્ટ્સ સ્વીકારશો? ના હા

પરિવારનો ઇતિહાસ

પરિવારના સભ્ય		હાલની ઉંમર	મૃત્યુ સમયે ઉંમર	તબીબી ઇતિહાસ
પિતા				
માતા				
ભાઈ	બહેન			
ભાઈ	બહેન			
ભાઈ	બહેન			
ભાઈ	બહેન			
જીવનસાથી / પાર્ટનર				
પુત્ર	પુત્રી			
પુત્ર	પુત્રી			
પુત્ર	પુત્રી			
પુત્ર	પુત્રી			
પિતૃક દાદા				
પિતૃક દાદા				
માતૃપક્ષે નાના				
માતૃપક્ષે નાના				
અન્ય				



હોસ્પિટલમાં ટ્રાન્સફર



સામાન્ય ચેક અપ, સ્પેશિયલાઇઝ્ડ ચેક અપ અને ડ્રગ પ્રિસ્ક્રિપ્શન



પ્રિ સર્જરી કેર - સર્જરી - પોસ્ટ સર્જરી કેર



તમારા ઘરે જાવ



કાળજી રાખનારની અપેક્ષાઓ

તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રવાસ દરમિયાન તમને મદદ કરવા માટે તમારી સારવાર કરનારાઓ પ્રતિબદ્ધ હોવાથી મહેરબાની કરી તમારી સારવાર કરનારાઓનો રીવ્યુ આપો

કાળજી રાખનારની યોજના

યોજનાનો સારાંશ

આ યોજના નીચેની માહિતી નિશ્ચિત કરે છે:

- તમારી કાળજી રાખનારની ભૂમિકા:
- મિત્રો અને પરિવારજનો જેઓ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પછી તમારી સારવારમાં સંકળાયેલા હશે.
- તમે રિક્વર થતા હોવ ત્યારે કાળજી રાખનારને સંગઠીત કરવાના સાધનો.

જ્યારે કોઈ અવયવ પ્રાપ્ત થાય ત્યારે તમે તાત્કાલિક ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે અમદાવાદ પહોંચશો. તમે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જરીમાંથી સંપૂર્ણપણે રિક્વર થાવ ત્યાં સુધી હોસ્પિટલમાં રહેશો. તમે જ્યારે હોસ્પિટલ છોડો ત્યારે તમારે.....માં રહેવાની જરૂર પડી શકે છે. તમારી પાસે સીમ્સ કેમ્પસ નજીક લોજિંગના ઘણા વિકલ્પ મળશે. આ વિકલ્પો આપેલા એટેચમેન્ટમાં જણાવાયેલા છે.

આ યોજનાનો મુખ્ય લક્ષ્ય તમારી સારસંભાળ રાખનાર પૈકી એક વ્યક્તિ હંમેશા તમારી સાથે રહે તેનો છે, જ્યાં સુધી તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જનને લાગે કે તમે તમારી જાતે બધું કરી શકો છો. સારસંભાળ રાખનાર દરેક વ્યક્તિ પથી ૭ દિવસ માટે રોકાશે તેવી આશા રાખીએ છીએ. સારસંભાળ રાખનાર માટે એ જરૂરી છે કે દિવસના એક ભાગ માટે ઓવરલેપ થાય જેથી માહિતી રિલે થઈ શકે.

સારસંભાળ રાખનારની ભૂમિકા

- સારસંભાળ રાખનાર મુખ્ય વ્યક્તિ અમદાવાદમાં તમારા મૂલ્યાંકન માટે સાથે રહેશે. તમારી સારસંભાળ રાખનારની ટીમમાં ઘણા લોકો હોઈ શકે છે.
- સારસંભાળ રાખનાર વ્યક્તિ મિત્ર અથવા પરિવારજન હોઈ શકે છે. તે નર્સ કે તબીબી વ્યાવસાયિક હોય તે જરૂરી નથી પરંતુ તે તમને ઓળખતી હોવી જોઈએ, તે તમને ભોજન તૈયાર કરવું, તમને દવાઓ લેવાનું યાદ અપાવવું, કપડા ધોઈ આપવા, ક્લિનિકની એપોઇન્ટમેન્ટ માટે પરિવહન વ્યવસ્થા કરી આપવી વગેરેમાં મદદ કરશે. શરૂઆતમાં તમને સામાહિક એપોઇન્ટમેન્ટ મળશે. તમારી સાથે કોઈ વ્યક્તિ હોવી જોઈએ જે એપોઇન્ટમેન્ટ દરમિયાન સાથે રહે.
- તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પછી હોસ્પિટલમાંથી રજા મેળવ્યા બાદ તમારી સાથે કોઈ સારસંભાળ રાખનાર હોય તે જરૂરી છે.
- સારસંભાળ રાખનાર વ્યક્તિ દિવસના ચોવીસે કલાક અને સપ્તાહના તમામ સાત દિવસ તમારી સાથે હોય તે આવશ્યક છે. તેનો આધાર તમારી રિક્વરી પર છે. તે બે સપ્તાહથી લઈને ૬ સપ્તાહ અથવા તેના કરતા પણ લાંબો ગાળો હોઈ શકે છે.
- તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ બાદ તમે દૈનિક ૮ સપ્તાહ સુધી વાહન હંકારી નહીં શકો. તમે ફરી ક્યારે વાહન હંકારી શકશો તે માટે તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જન તમને જણાવશે. તમારી સારસંભાળ રાખનાર તમને ત્યાં સુધી પરિવહનમાં મદદ કરશે.
- ઘણા લોકો સારસંભાળ રાખનારની ભૂમિકા વહેંચી શકશે અને વારંવાર તમારી સાથે રહેશે. એ સમજવું જરૂરી છે કે તમે સ્વતંત્ર રહેવા સુરક્ષિત છો તેવું ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમને લાગે ત્યાં સુધી તમે એકલા ન હોવા જોઈએ.

સારસંભાળ રાખનાર માટે

સારસંભાળ રાખનારની ભૂમિકા નિર્ણય પ્રકારની નથી, પરંતુ તે પરિવારના સભ્ય અથવા મિત્રની છે. સારસંભાળ રાખવામાં સામેલ હશે:

- ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જરી બાદ તમે હોસ્પિટલ છોડો પછી જરૂર પડે તો તમને બાથરૂમ સુધી પહોંચવામાં અને ત્યાંથી લઈ આવવામાં મદદ કરવી.
- તમે યોગ્ય સમયે અને યોગ્ય પ્રમાણમાં દવાઓ લો છે તે સુનિશ્ચિત કરવું.
- ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમે જણાવ્યા પ્રમાણે તમે તમામ માપ લઈને માહિતીને રેકોર્ડ કરો છો તે સુનિશ્ચિત કરવું.
- તમે તમામ નિર્ધારિત એપોઇન્ટમેન્ટ તથા ટેસ્ટિંગ કરાવો છો તે સુનિશ્ચિત કરવું.
- તમે અસાધારણ અથવા અસામાન્ય રીતે વર્તણૂક કરતા હોવ તો તેની નોંધ કરવી.
- કોઈ બાબત અયોગ્ય જણાય તો તમારા નર્સ કોઓર્ડિનેટરનો સંપર્ક કરવો.
- ભોજન અંગે આપેલી માર્ગદર્શિકા પ્રમાણે શોપિંગ કરવું અને તે મુજબના ખાદ્ય પદાર્થ લાવવા.
- જરૂર પ્રમાણે દોડાદોડી કરવી (ઉદાહરણ તરીકે પ્રિસ્ક્રિપ્શન્સ ભરવા)
- મદદ, પ્રોત્સાહન અને મનોરંજન પૂરું પાડવું.
- તમારી જરૂરિયાત અને ઇચ્છાઓ પ્રમાણે તમારા મિત્રો અને પરિવારજનોને તમારી સ્થિતિથી માહિતગાર રાખવા.
- તમારી સારવાર યોજનાના તમામ ભાગોનું અનુપાલન કરવા મદદ કરવી.

સારસંભાળ રાખનારની સંપર્ક માહિતી

તમારી સારસંભાળ રાખનારનો કઈ રીતે સંપર્ક કરી શકાશે ? તેઓ કેટલો સમય આપી શકશે ? તમારા જીવનમાં તેમની શી ભૂમિકા છે ? સારસંભાળ રાખતી વખતે જે ખર્ચ થશે તેના માટે તેમને મદદની જરૂર છે ?

તમને જ્યારે સીમ્સમાંથી ફોન આવે કે અવયવ ઉપલબ્ધ છે અને તમે હોસ્પિટલે જવા રવાના થાવ ત્યારે તમારી સારસંભાળ રાખનારને તેની જાણ કરો.

નામ	ભૂમિકા (પરિવાર / મિત્ર)	ઉપલબ્ધતા	ખર્ચમાં મદદની જરૂર	ફોન-૧	ફોન-૨	ફોન-૩

તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે તૈયાર થવું

થોડો સમય કાઢીને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે તમારી સંમતી વાંચો.

તમે ડોક્ટર અથવા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કોઓર્ડિનેટર સાથે હોવ ત્યાં સુધી ફોર્મ પર સહી ન કરો.

તમારા સંભવિત ટ્રાન્સપ્લાન્ટ અંગે માહિતી પૂરી પાડતી એક માહિતગાર સહમતી જુઓ. અમે તમને જણાવીએ છીએ કે તમારા મૂલ્યાંકન અગાઉ આ સહમતી વાંચવા માટે તમે સમય કાઢો. અને મૂલ્યાંકન એપોઇન્ટમેન્ટ અંગે તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય તો તેની યાદી સાથે આ સહમતી લાવો.

તમારી એપોઇન્ટમેન્ટ વખતે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જન સહિત તમારી આરોગ્ય ટીમ તમારી સાથે સહમતીની પુનઃસમીક્ષા કરશે અને તમને કોઈ પણ પ્રશ્નો હોય તો તેના જવાબ મેળવવાની તક આપશે.

તમારી એપોઇન્ટમેન્ટ વખતે તમે અને તમારા ડોક્ટર સમીક્ષા કરીને સહમતી પર સહી કરશે.

આભાર

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

હું _____, હું. મને આ સહમતી પત્રમાં અપાયેલી તમામ

(દર્દી અથવા તેના વતી નિર્ણયકર્તાનું નામ)

માહિતી કાળજીપૂર્વક વાંચવા અને ----- વતી તેની પ્રક્રિયાની સહમતી આપવા માટે જણાવાયું છે. મને જણાવવામાં આવ્યું છે કે મારે _____ ને કઈ બાબત ન સમજાઈ હોય તેના વિશે પૂછવાનું

(દર્દીનું નામ)

રહેશે. (જો નિર્ણય કરનાર વ્યક્તિ દર્દી ન હોય તો તેનો ઉલ્લેખ 'હું', 'મારું' અથવા 'મેં', શબ્દનો અર્થ જ્યારે લાગુ પડતું હોય ત્યારે 'દર્દી' માટે કરવામાં આવતો હોય તેમ જણાવવામાં આવશે.

મેં હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાવવા માટેની ઇચ્છા દર્શાવી છે. હું જાણું છું કે આ પ્રક્રિયામાં બેઠન ડેડ ડોનરના હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશનની કામગીરી કરવામાં આવશે. હું સ્વીકારું છું કે મારા ડોક્ટરોએ મને જણાવ્યું છે કે મને કેવા પ્રકારનું હૃદય મળવાની સંભાવના છે.

હું સમજું છું કે મને હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન, તેના જોખમો અને વિકલ્પોની જાણકારી આપવામાં આવી છે જેથી હું આ પ્રક્રિયા કરવા માટે મુક્તપણે માહિતગાર નિર્ણય લઈ શકું. આ સહમતી પત્રમાં અપાયેલી માહિતી તથા ડોક્ટરો સાથે કરવામાં આવેલી ચર્ચા, અન્ય હેલ્થકેર પ્રોવાઇડર્સ સાથેની ચર્ચા, અને અન્ય લેખિત સામગ્રીમાં અપાયેલી માહિતી મને આ નિર્ણય કરવામાં મદદરૂપ બનવા માટે પૂરી પાડવામાં આવી છે. આ સહમતી પત્ર પર સહી કરીને હું સ્વીકારું છું કે મને આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મેં વાંચી અને સમજી છે અને સ્વૈચ્છિક રીતે હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાવું છું. હું જાણું છું કે હું મારું મન બદલી શકું છું અને પ્રોસિઝર અગાઉ ગમે ત્યારે મારી સહમતી પાછી ખેંચી શકું છું.

મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયા:

સર્જરી અગાઉ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ દ્વારા મારું મૂલ્યાંકન કરવામાં આવશે જેમાં સર્જન, મેડિકલ સ્પેશિયાલિસ્ટ, ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કોઓર્ડિનેટર, સામાજિક કાર્યકર, નાણાકીય કોઓર્ડિનેટર અને ડાયેટિશિયન સામેલ હશે જેઓ મને નક્કી કરવામાં મદદ કરશે કે મારા પર સફળતા પૂર્વક હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન થઈ શકે છે કે નહીં અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટની કેટલી જરૂરિયાત છે. પ્રિસર્જિકલ મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયાના ભાગરૂપે મારે નીચે જણાવેલા કોઈ પણ ટેસ્ટમાંથી અને પ્રક્રિયામાંથી તથા ડોક્ટરોને આવશ્યક લાગે તેવા અન્ય કોઈ પણ ટેસ્ટ કે પ્રક્રિયામાંથી પસાર થવાનું રહેશે.

- **લોહીના પરીક્ષણો:** મારા હૃદય રોગનું પ્રમાણ જાણવા માટે અને અવયવ મેચ થાય તે માટે મારા લોહીનો પ્રકાર નક્કી કરવા માટે. મારા લોહીનું એટલા માટે પણ પરીક્ષણ કરવામાં આવશે જેથી ચોક્કસ વાઇરસ પ્રત્યે રોગપ્રતિકારકતા જાણી શકાય, ચોક્કસ બીમારીનું જોખમ જાણી શકાય અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન પછી સંભવિત સારવાર અંગે જાણકારી મેળવી શકાય. મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયા તથા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પછીના મોનિટરિંગ માટે તબીબી અને સાયકોસોશિયલ કમ્પોનન્ટ સાથે ડ્રગ અને આલ્કોહોલ ટેસ્ટિંગ કરવામાં આવી શકે છે.
- **કાર્ડિયાક ટેસ્ટ** જેમાં ઇલેક્ટ્રોકાર્ડિયોગ્રામ (ઇકેજી), ઇકોકાર્ડિયોગ્રામ, એમ્યુજીએ સ્કેન, સ્ટ્રેસ ટેસ્ટ અને હાર્ટ કેથેટરાઇઝેશન સામેલ હોઈ શકે છે. મારા હૃદય રોગની તીવ્રતા જાણવા માટે મારા ફિઝિશિયન આ ટેસ્ટના પરિણામોની સમીક્ષા કરશે. (જો મારે કાર્ડિયાક કેથેટરાઇઝેશન હોય તો તે પ્રક્રિયા કરનાર વ્યક્તિને પ્રોસિઝર અને તેના જોખમો અંગે વધુ માહિતી પૂરી પાડવી જોઈએ.)
- **મેટાબોલિક એક્સરસાઇઝ ટેસ્ટિંગ**થી નક્કી કરી શકાશે કે મારું હૃદય કેટલા પ્રમાણમાં પ્રવૃત્તિ મર્યાદિત કરે છે. તેનાથી નક્કી થશે કે મારું હૃદય હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ યાદીમાં મૂકવા જેટલું બીમાર છે કે નહીં.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

- પલ્મોનરી ફંક્શન ટેસ્ટ (શ્વાસોચ્છવાસના ટેસ્ટ) જેનાથી મારા ફેફસાની કામગીરીનું વિશ્લેષણ કરી શકાય.
- અલ્ટ્રાસાઉન્ડ (ધ્વનિ તરંગોથી રચાયેલા ચિત્રો). તેનાથી મારા લિવર, સ્વાદુપિંડ અને અન્ય પેટના અવયવોના રોગને જાણી શકાય.
- મારા અવયવોનું પેરિકેરલ આર્ટિરિયલ ઓપલર્સ (રક્તવાહિનીઓમાંથી મારા અવયવો સુધી ધ્વનિ તરંગ કેવી રીતે બાઉન્સ થાય છે). આ ટેસ્ટથી જાણી શકાય છે કે મારા હાથ અને પગોમાં ધમનીઓ સખત બની છેકે નહીં અને તેમાં કોઈ અવરોધ છે કે નહીં.
- કેરોટિડ આર્ટિરિયલ ઓપલર્સ (મારી ગરદનની રક્તવાહિનીઓમાં ધ્વનિ તરંગો બાઉન્સ થાય) જેનાથી મારા દિમાગના મુખ્ય રક્ત પૂરવઠામાં કોઈ સમસ્યા છેકે નહીં તે જાણી શકાય.
- સીટી સ્કેન / એમઆરઆઇ / ચેસ્ટ એક્સ-રે (જટિલ એક્સ-રે જે મારા અંગોના વિગતવાર ચિત્રો રજૂ કરે) મને અન્ય અંગોના રોજ અથવા મારા શરીરની રક્તવાહિનીઓમાં રોગના પ્રમાણને દર્શાવે છે જેથી ડોક્ટરને મારી સર્જરીનું આયોજન કરવામાં મદદ મળે. (મારી પાસે સીટી સ્કેન / એમઆરઆઇ હોય તો સીટી સ્કેન / એમઆરઆઇ કરનાર વ્યક્તિએ મને સ્કેન અને તેના જોખમો વિશે વધારે માહિતી આપવી જોઈએ.)
- હાર્ટ બાયોપ્સી (કેથેટર દ્વારા મારા હૃદયમાંથી નાનકડા ભાગને દૂર કરવો અને માઇક્રોસ્કોપ દ્વારા તે ભાગનું નિરીક્ષણ કરવું.) દ્વારા મારા રોગના પ્રકાર અને તેની તીવ્રતા વિશે જાણી શકાય છે. (મેં હાર્ટ બાયોપ્સી કરાવી હોય તો મને હાર્ટ બાયોપ્સી અને તેના જોખમો વિશે મને અલગથી જણાવશે અને તેના માટે અલગથી સહમતી પત્ર પર સહી કરવાનું જણાવવામાં આવશે.)
- સોશિયલ અને / અથવા સાયકિયાટ્રિક મૂલ્યાંકન (ઇન્ટરવ્યૂ) જેથી ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશનના દબાણનો સામનો કરવાની અને આકરી સારવાર યોજના સહન કરવાની મારી ક્ષમતા જાણી શકાય.
- અન્ય ટેસ્ટિંગમાં મેમોગ્રામ (સ્તન કેન્સર ચેક કરવા માટે ખાસ એક્સ-રે), પેપ સ્મિયર (સર્વિક્સની પેશીઓની તપાસ કરવાનું પરીક્ષણ), પીએસએ (પ્રોસ્ટેટના કેન્સરને ચેક કરવા માટે બ્લડ ટેસ્ટ), પ્રેગનન્સી ટેસ્ટ (બાળક પેદા કરી શકે તેવી મહિલાઓ માટે ટેસ્ટ), કોલોનોસ્કોપી અને દાંતના પરીક્ષણનો સમાવેશ થાય છે.

હું સમજું છું કે હું પ્રિ-સર્જરી મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયામાંથી પસાર થઈ ત્યારે ડોક્ટર કોઈ પણ સમયે નિર્ણય લઈ શકે છે કે હું હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન માટે ઉમેદવાર નથી. જો ડોક્ટરો નિર્ણય કરે કે હું હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટનો ઉમેદવાર નથી તો તેઓ તેમના નિર્ણય વિશે અને સંભવિત અન્ય સારવાર વિશે મારી સાથે ચર્ચા કરશે. હું જાણું છું કે હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટેની યાદીમાં મને મૂકવામાં આવે તો હું કોઈ પણ સમયે મારું મન બદલી શકું છું અને પ્રક્રિયા અગાઉ ગમે ત્યારે મારી સહમતી પાછી લઈ શકું છું.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

વિસ્તિંગ:

મને આ બાબતની સમજૂતિ આપવામાં આવી છે કે જેટલા હૃદય ઉપલબ્ધ છે તેની સરખામણીમાં હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે રાહ જોઈ રહેલા લોકોની સંખ્યા મોટી છે. મને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મળશે કે નહીં અને ક્યારે મળશે તેનો આધાર મારી ટ્રાન્સપ્લાન્ટની જરૂરિયાત, મારા લોહીનો પ્રકાર, શરીરનું વજન / ઊંચાઈ અને હું કેટલા સમયથી વેધટિંગ લિસ્ટમાં છું વગેરે પરિબળો પર રહેશે જેમાં દાન કરાયેલું હૃદય મેળવવાની સંભાવના ભૂમિકા ભજવશે. ચાર સંભવિત રીતે ટેસ્ટના પરિણામોના આધારે એક સ્ટેટસ પરથી ટ્રાન્સપ્લાન્ટની જરૂરિયાત નક્કી થાય છે.

- ૧ એ ટોચની પ્રાથમિકતા – ગંભીર રીતે બીમાર, ઇનવેઝિવ મોનિટરિંગના પ્લેસમેન્ટની જરૂર પડે, ઇન્ટ્રાવિનસ મેડિકેશન્સ અથવા કામચલાઉ સપોર્ટ પમ્પની જરૂર પડતી હોય. કેટલાક દર્દીઓને મિકેનિકલ આસિસ્ટ ડિવાઇસ (હાર્ટ પંપ) હોય તો પણ આ સ્ટેટસ મળી શકે છે.
- ૧-બી – જેમને હોસ્પિટલમાં વેધટિંગ કરવા માટે હૃદય પૂરતા પ્રમાણમાં કામ કરી શકે તે માટે વિશેષ ઇન્ટ્રાવિનસ દવાઓ (ઇનોટ્રોપ્સ)ની જરૂર પડતી હોય અથવા જટિલતાઓ વગર મિકેનિકલ આસિસ્ટ ડિવાઇસ (હાર્ટ પંપ) દ્વારા તેમને મદદ કરવામાં આવતી હોય.
- ૨ – જેમનું હૃદય યોગ્ય રીતે ચાલી શકે તે માટે ખાસ ઇન્ટ્રાવિનસ દવાઓની જરૂર પડતી નથી અને સામાન્ય રીતે ઘરે રાહ જુએ છે.
- ૭ – યાદીમાં હોય પરંતુ હાલમાં સક્રિય યાદીમાં ન હોય (ચેપ, પેશન્ટ રિક્વેસ્ટ વગેરે).

લિસ્ટેડ હોવાનો નિયમ તથા લિસ્ટ અંગે મારી સ્થિતિ ભારત સરકારા એચઓટીએ / ટીએચઓએ માટેના કાયદા પ્રમાણે નક્કી કરવામાં આવશે.

મારું મૂલ્યાંકન કર્યા બાદ જુદા જુદા વિભાગોની કુશળતા ધરાવતી ટીમ દર્દીની પસંદગીના ધોરણોનો ઉપયોગ કરશે અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે મને વેધટિંગ લિસ્ટમાં મૂકવાની મારી પાત્રતા ટેસ્ટના પરિણામો પરથી નક્કી કરવામાં આવશે. મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયા પૂર્ણ કરવામાં આવે અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશનના ઉમેદવાર તરીકે એનઓટીટીઓ પર યાદીમાં સમાવવામાં આવે તેનાથી મને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મળશે તેવી ગેરંટી નથી. મારી તબીબી સ્થિતિમાં એવા નોંધપાત્ર ફેરફાર થાય જેનાથી મને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મેળવતા કામચલાઉ ધોરણે અટકાવવામાં આવે તો વેધટિંગ લિસ્ટમાં હું બિનસક્રિય બની શકું છું. હું એ પણ જાણું છું કે કોઈ અવયવ ઉપલબ્ધ બને તે પહેલા હું એટલો વૃદ્ધ થઈ જઉં કે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ન થઈ શકે અથવા હું મારા રોગથી મૃત્યુ પણ પામી શકું છું.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

ગુપ્તતા:

સીમ્સે કાયદા અનુસાર મારી આરોગ્યની માહિતીને ગુપ્ત / ગોપનીય રાખવાની હોય છે. આ પ્રક્રિયા અંગે મેળવવામાં આવેલી તમામ માહિતી, જેને મારી સાથે લિંક કરી શકાય, તે રાજ્ય અને કેન્દ્ર સરકારના કાયદાની જરૂરિયાત પ્રમાણે શક્ય હોય ત્યાં સુધી ગુપ્ત રાખવામાં આવશે. આ પ્રક્રિયા અંગે રેકોર્ડ રાખવામાં આવશે અને નિયમનકારી એજન્સીઓ (એચઓટીએ, એનઓટીટીઓ અને આરોગ્ય વિભાગ) તથા મારા વીમા પ્રોવાઈડરની સમીક્ષા/ઓડિટ માટે પ્રાપ્ત કરાવવામાં આવશે. આ પ્રક્રિયામાં સામેલ હોસ્પિટલના લોકો મારા તબીબી રેકોર્ડની સમીક્ષા કરી શકે છે.

એનઓટીટીઓ રજિસ્ટ્રી :

હું સમજું છું કે જો હું ટ્રાન્સપ્લાન્ટનો ઉમેદવાર બનું તો રાજ્ય અને કેન્દ્ર સરકારના નિયમન પ્રમાણે એનઓટીટીઓ રજિસ્ટ્રીને કેટલીક આરોગ્ય વિષયક માહિતી મોકલવામાં આવી શકે છે.

નાણાકીય મુદ્દા :

મને જણાવવામાં આવ્યું છે કે મારી સર્જરી સાથે સંકળાયેલા ખર્ચ વિશે તથા સર્જરી દરમિયાન અને પછી દવાઓના ખર્ચ વિશે વાત કરવા માટે એક નાણાકીય સલાહકાર ઉપલબ્ધ છે. તેમાં ચુકવણીના સ્ત્રોત અંગે પ્રશ્નોના જવાબ આપવામાં આવશે. હું સમજું છું કે વીમા દ્વારા જે ખર્ચ મળવાપાત્ર ન હોય તેની ચુકવણી માટે મારે જાતે વ્યવસ્થા કરવાની રહેશે. હું એ પણ સમજું છું કે યોગ્ય હૃદય ઉપલબ્ધ થાય ત્યારે ખર્ચની ચુકવણી કરવા માટે મેં નાણાકીય વ્યવસ્થા કરી નહીં હોય તો હું ટ્રાન્સપ્લાન્ટ નહીં કરાવી શકું.

તબીબી ખર્ચ અને વીમા સાથે સંકળાયેલા જોખમો:

હું સમજું છું કે મેં હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાવ્યું હોય ત્યાર બાદ આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ ધારી શકે છે કે હું પહેલેથી હૃદયની બીમારી ધરાવતો હતો અથવા અન્ય ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સંબંધિત તબીબી સમસ્યાઓ હતી અને તેઓ મને તબીબી સારસંભાળ, સારવાર અને તેની સાથે સંકળાયેલી સ્થિતિની પ્રોસિઝર માટે નાણાં ચુકવવાનો ઇનકાર કરી શકે છે. હું એ પણ સમજું છું કે મારી સ્થિતિના કારણે સર્જરી પછી મારું આરોગ્ય વીમો અને જીવન વીમાનું પ્રીમિયમ વધી શકે છે અને ઊંચું રહી શકે છે અને ભવિષ્યમાં વીમા કંપનીઓ મને વીમો આપવાનો ઇનકાર કરી શકે છે.

અવયવનો સ્ત્રોત:

ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન માટે અવયવો મેળવવાનું અને વિતરણનું કામ સંભાળતી એજન્સી તરફથી મને હૃદય મેળવવા માટે એજન્સીના અવયવ વેઇટિંગ લિસ્ટ પર મૂકવામાં આવશે. જે દર્દીના હૃદય હજુ ધબકતા હોય પરંતુ દર્દી બ્રેઇન ડેડ ગણવામાં આવતા હોય તેવા દર્દીઓમાંથી હૃદય મેળવવામાં આવે છે. સંભવિત હૃદય મેળવનાર તરીકે કોને ગણવા અને અવયવ પ્રાપ્ત થાય ત્યારે કોને અવયવ મળશે તે વિશે સરકારે નિયમ નક્કી કર્યા છે. હું સમજું છું કે મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયા પૂર્ણ કરવાથી અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન માટે લિસ્ટિંગ થવાથી મને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મળશે તેની કોઈ ગેરંટી નથી.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

દાનમાં અપાયેલા ઉપલબ્ધ અવયવોની સરખામણીમાં ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે રાહ જોઈ રહેલા લોકોની સંખ્યા વધારે હોવાથી સીમ્સ તમામ ઉપલબ્ધ ડોનરને ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશનની યોગ્યતા માટે ચકાસે છે. હું સમજું છું કે અવયવ દાન કરનારનું જોખમનું પરિભળ હોઈ શકે છે જે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા અવયવ અથવા મારા સમગ્ર આરોગ્ય પર અસર પડી શકે છે. તેમાં દાતાનો તબીબી અને સામાજિક ઇતિહાસ (ઊંચા જોખમની વર્તણૂક), વધારે વય ધરાવતા દાતા, હ્યુમન ઇમ્યુનોડેફિશિયન્સી વાઇરસ (એચઆઇવી), અથવા અન્ય ચેપી વાઇરસની હાજરી સામેલ હોઈ શકે જેનો ચેપગ્રસ્ત ડોનરમાં નિદાન થયું ન હોય, તથા ડોનેશનથી ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન વચ્ચે વધુ સમય લાગ્યો હોય તેવા અવયવો પણ હોઈ શકે છે. નાના પ્રમાણમાં એક જોખમ એવું પણ છે કે દાતાના શરીરમાં નિદાન ન થઈ શકે તેવા સ્તરે કેન્સર હોય અથવા ડોક્ટર દ્વારા તેને પૂરતા પ્રમાણમાં અટકાવવામાં આવ્યું હોય. આવા ઓકલ્ટ કેન્સર ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા અવયવમાં હોઈ શકે છે અને તેને પ્રારંભમાં કદાચ પારખી ન શકાય. ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન અગાઉ સર્જન મારા ઓળખાયેલા દાતા સંબંધિત જોખમના પરિભળો અંગે મારી સાથે વાત કરશે. તે સમયે મને પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતીના આધારે હું ઓફર કરવામાં આવેલા હૃદયને સ્વીકારી કે નકારી શકીશ.

સર્જરી :

દાતાનું અવયવ જ્યારે ઉપલબ્ધ બને ત્યારે મારે શક્ય એટલી ઝડપથી હોસ્પિટલે પહોંચવાનું રહેશે. હું સમજું છું કે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે મને ગમે તે સમયે બોલાવવામાં આવી શકે છે અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમને લાગે કે દાતા મારા માટે યોગ્ય નથી તો કોઈ પણ સમયે સર્જરી રદ કરવામાં આવી શકે છે. સર્જરીના સમયે સર્જરીના જોખમો વિશે મારી સાથે વાત કરવામાં આવશે અને તેની પ્રોસિઝર માટે મારી અલગથી મંજૂરી લેવામાં આવશે. એનેસ્થેશિયા ડિપાર્ટમેન્ટના પ્રતિનિધિ દ્વારા મને એનેસ્થેશિયાના પ્રકારો અને એનેસ્થેશિયાના જોખમો વિશે માર્ગદર્શન આપવામાં આવશે અને મને અલગથી સહમતી પત્ર પર સહી કરવા માટે જણાવાશે. મને જનરલ એનેસ્થેશિયા હેઠળ મૂકવામાં આવશે એટલે કે મને ઉંઘી જવા, પીડા અટકાવવા અને શરીરના ભાગોને પેરેલાઇઝ કરવા માટે દવાઓ આપવામાં આવશે. મને શ્વાસ લેવામાં મદદ કરવા માટે મશીન પર મૂકવામાં આવશે. મારા બ્લડ પ્રેશર પર સતત નજર રાખવા માટે મારા કાંડામાં એક કેથેટર દાખલ કરવામાં આવી શકે છે. મારી ગરદન, ખભાની નસ અને ગ્રોઇન (સેન્ટ્રલ લાઇન)માં પ્રવાહીના પ્રસાર માટે ઇન્ટ્રાવેનસ લાઇન દાખલ કરવામાં આવી શકે છે. મારા શરીરમાંથી સુરક્ષિત રીતે અવયવ શોધીને બહાર કાઢી શકાય તથા દાનમાં મળેલું અવયવ સુરક્ષિત રીતે બેસાડી શકાય તે માટે સર્જન મારી છાતી પર કાપો મૂકશે. આ કાપા દ્વારા મારું હૃદય કાઢીને તેની જગ્યાએ દાનમાં મળેલું હૃદય મારી છાતીમાં બેસાડવામાં આવશે. હું ઓપરેટિંગ રૂમમાં હોઉં ત્યારે મારા શરીરમાં ડ્રેઇન મૂકવામાં આવશે જેથી પ્રવાહી બહાર નીકળી જાય અને મને સાજા થવામાં મદદ મળે. સર્જરી પછી પણ સર્જન નક્કી કરે ત્યાં સુધી આ ડ્રેઇન (નળીઓ) જળવાઈ રહેશે. વિશેષ મેસેજિંગ સ્લીવનો ઉપયોગ કરવામાં આવશે જેથી મારા પગમાંથી પસાર થતું લોહી વહેતું રહે અને લોહીમાં જોખમી ગહા પેદા ન થાય. સમગ્ર ઓપરેશનમાં લગભગ ૯ (૬) કલાકથી બાર (૧૨) કલાકનો સમય લાગી શકે છે.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

સર્જરીના જોખમો:

હું જાણું છું કે દરેક પ્રકારની સર્જરીમાં જોખમો રહેલા હોય છે. ખાસ કરીને જ્યારે જનરલ એનેસ્થેસિયા હેઠળ સર્જરી કરવામાં આવે ત્યારે. હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જરીમાં નાની મોટી સમસ્યાઓ પેદા થવાનો ખતરો ઘણો સામાન્ય છે. મોટા ભાગની સમસ્યાઓ બહુ નાની હોય છે અને પોતાની જાતે સુધરી જાય છે. કેટલાક કિસ્સામાં સમસ્યાઓ પૂરતા પ્રમાણમાં જટિલ હોય છે જેમાં વધુ સર્જરી અથવા તબીબી પ્રોસિડરની જરૂર પડી શકે છે અને એક કે વધારે જટિલતાઓના કારણે ગંભીર ઇજા થવાની કે મૃત્યુનું જોખમ પણ રહેલું હોય છે. સર્જરી બાદ તરત મને પીડાનો અનુભવ થશે. ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમના માર્ગદર્શન હેઠળ મારી પીડાને કાળજીપૂર્વક નિયંત્રિત કરવામાં આવશે અને તેના પર નજર રાખવામાં આવશે. હું સમજું છું કે નવા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા અવયવ માટે મારા વ્યક્તિગત પ્રતિભાવની આગાહી કરી શકાય નહીં. મારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા હૃદયના ફુલ ફંક્શનમાં વિલંબ થઈ શકે છે (ગ્રાફ્ટ ડિસ્ફંક્શન). આવા વિલંબથી મારા હોસ્પિટલમાં રોકાણમાં વધારો થઈ શકે અને અન્ય જટિલતાના જોખમમાં વધારો થઈ શકે છે. એવી શક્યતા પણ રહે છે કે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલું હૃદય યોગ્ય રીતે કામ ન કરે (પ્રાઇમરી ગ્રાફ્ટ ફેલ્યર). આ સમસ્યા બહુ સામાન્યથી લઈને તીવ્ર હોઈ શકે છે. જો હાર્ટ ડિસ્ફંક્શન તીવ્ર હોય તો જીવન ટકાવવાની સારવાર જેમ કે વેન્ટ્રીક્યુલર આસિસ્ટ ડિવાઇસ (વીએડી –હાર્ટ પંપ) અથવા એક્સટર્નલ કોર્પોરિયલ મેમ્બ્રેનસ ઓક્સિજિનેશન (ઇસીએમઓ)ની જરૂર પડી શકે છે. મારું ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલું હૃદય રિક્વર થાય અથવા બીજા ટ્રાન્સપ્લાન્ટની જરૂર પડે ત્યાં સુધી આ ડિવાઇસનો ઉપયોગ કરવો પડી શકે છે. મને જણાવવામાં આવ્યું છે કે હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પછી થોડું જોખમ રહે છે જેમાં મારી વેના કાવા (હૃદય સુધી લઈ પરત લાવતી રક્તવાહિની) સાંકડી બની શકે છે અથવા ટ્રાઇક્યુસ્પિડ રેગ્યુલેશન (જમણા નીચેના હાર્ટ બીટ વખતે જમણા ઉપરના હાર્ટ ચેમ્બર અને જમણા નીચેના હાર્ટ ચેમ્બર વચ્ચેનો હાર્ટ વાલ્વ પૂર્ણ રીતે બંધ ન થાય) થઈ શકે છે. મને જણાવવામાં આવ્યું છે કે ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન બાદ પ્રથમ વર્ષની અંદર મારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા હૃદયમાં કોરોનરી આર્ટરી વેસ્ક્યુલોપથી થવાની ૮ ટકા શક્યતા રહેલી છે જેમાં કોરોનરી ધમનીઓ સાંકડી પડી જાય છે. કોરોનરી આર્ટરી વેસ્ક્યુલોપથીનું સૌથી વધારે જોખમ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ બાદ ૫ વર્ષ અને ૧૦ વર્ષે આવે છે જ્યારે આ રેટ લગભગ અનુક્રમે ૩૧ ટકા અને ૫૨ ટકા વધી જાય છે. ડોનેટ કરવામાં આવેલા હૃદયને રિજેક્ટ કરવામાં ન આવે તે માટેની દવાઓ તથા હૃદયની ચોક્કસ લાક્ષણિકતાઓના કારણે કોરોનરી ધમનીની બીમારીઓ થઈ શકે છે.

સર્જરી સાથે સંકળાયેલા અન્ય જોખમોમાં સામેલ છે:

- મૃત્યુ. હું સમજું છું કે મારા માટે મૃત્યુનું જોખમ મારી તબીબી સ્થિતિ અને ઇતિહાસ પર આધારિત છે. હું સ્વીકારું છું કે મારા ડોક્ટરે મૃત્યુના વ્યક્તિગત જોખમ અંગે મારી સાથે વાત કરી છે.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

- રિજેક્શન. સર્જરી બાદ અથવા ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન બાદ ગમે ત્યારે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા અવયવોનું રિજેક્શન થઈ શકે છે. શરીર દ્વારા અવયવ નકારવામાં આવે તેના કારણો અલગ અલગ અને જટિલ હોઈ શકે છે. રિજેક્શનની સારવાર પણ જટિલ છે. રિજેક્શન ટાળવા અને અવયવની કામગીરી ચાલુ રહે તે માટે વધારાની દવા લેવી પડે અથવા દવાનું પ્રમાણ વધારવાનું જરૂરી બની શકે છે. હું સમજું છું કે રિજેક્શનનો પ્રતિકાર કરવા માટેની સારવાર કદાચ સફળ ન હોય અને મારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા અવયવ કામગીરી કરવાનું બંધ કરી શકે છે જેનાથી મને વધુ તબીબી સારવારની જરૂર પડી શકે છે.
- લોહીના ગઠ્ઠા. આ ગઠ્ઠા સામાન્ય રીતે પગમાં થાય છે અને તે તૂટીને મુક્ત થઈને હૃદયથી ફેફસા સુધી જઈ શકે છે. ફેફસામાં તેનાથી શ્વાસોચ્છવાસમાં ગંભીર અવરોધ થઈ શકે જેનાથી મૃત્યુ નિપજી શકે છે. લોહીના ગઠ્ઠાની સારવાર લોહીને પાતળું કરવાની દવા દ્વારા કરવામાં આવે છે જે લાંબા સમયગાળા સુધી લેવાની જરૂર પડી શકે છે.
- હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ બાદ કેટલાક દિવસો સુધી છાતીને ખુલ્લી રાખવામાં આવે તેવી શક્યતા રહે છે અથવા બહુ ઓછા કિસ્સામાં એવું બને કે સ્ટર્નમ (છાતીનું હાડકું) હૃદયના કદના કારણે અને મારી છાતીમાં બીમાર હૃદયની જગ્યાના કારણે બંધ ન થઈ શકે. આ કિસ્સામાં છાતીની દિવાલ અને ચામડીનો ઉપયોગ કરીને મારી છાતી બંધ કરવામાં આવશે.
- હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મેળવનારા તમામ લોકો ઓપરેટિંગ રૂમમાંથી કામચલાઉ પેસિંગ વાયર સાથે બહાર આવશે જેથી હૃદયના ધબકારા પૂરતા પ્રમાણમાં મજબૂત હોય. જો હૃદયના ધબકારા સામાન્ય રિધમ પ્રાપ્ત ન કરે તો કાયમી પેસમેકર બેસાડવા માટે વિચારવું પડી શકે છે.
- રક્તસ્ત્રાવ. સર્જરી દરમિયાન અથવા સર્જરી પછી રક્તસ્ત્રાવ થઈ શકે છે જેમાં બહુ ઓછા કિસ્સામાં બ્લડ ટ્રાન્સફ્યુઝન અથવા બ્લડ પ્રોડક્ટની જરૂર પડી શકે છે. બ્લડ પ્રોડક્ટના ઉપયોગની શક્યતા એકદમ ઓછી હોય છે. ઇન્ફેક્શન, સ્ટ્રોક, હાર્ટ એટેક અથવા મૃત્યુ એ તેના જોખમોમાં સામેલ છે, પરંતુ જોખમો આટલે સુધી મર્યાદિત નથી. જરૂર પડે તો લોહી અથવા લોહીના પ્રોડક્ટથી અહીં જણાવ્યા પ્રમાણેના સામાન્ય જોખમો રહે છે: રિએક્શન આવવાથી ખંજવાળ આવવી, ઉજરડા પડવા, તાવ, માથાનો દુખાવો, શ્વાસને લગતી સમસ્યા (આખો શ્વાસ ન લઈ શકવો), કિડનીને નુકસાન, સિસ્ટમેટિક ઇન્ફેક્શન, લોહીને લગતા વાઇરસનો ખતરો જેમાં હિપેટાઇટિસ (લિવરને અસર કરતી સોજાની બીમારી), અને હ્યુમન ઇમ્યુનોડિફિસિયન્સી વાઇરસ (એચઆઇવી, એઇડ્સ પેદા કરતો વાઇરસ) અને મૃત્યુ સામેલ છે.
- ટ્રાન્સફ્યુઝનના વિકલ્પોમાં એવા ડિવાઇસના ઉપયોગનો સમાવેશ થાય છે જે સર્જરીમાં ગુમાવાયેલ લોહીને ફિલ્ટર કરીને મારામાં પાછું નાખવામાં આવે અથવા દવાઓ આપવામાં આવે જેનાથી ઇલેક્ટ્રિક પ્રોસિઝર અગાઉ મારા બ્લડ કાઉન્ટમાં વધારો થાય. રક્તસ્ત્રાવ અને / અથવા તીવ્ર એનિમિયા મારા જીવનનો જોખમમાં મૂકી શકે અથવા કાયમ માટે દિમાગને નુકસાન થઈ શકે છે. હું સમજું છું કે લોહી અથવા પ્લાઝમાના પૂરક પૂરતા પ્રમાણમાં કદાચ કામ નહીં કરે. લોહી અને / અથવા બ્લડ પ્રોડક્ટ્સ મારા જીવનને ટકાવવા માટે એકમાત્ર તક આપી શકે છે.

હું બ્લડ અથવા બ્લડ પ્રોડક્ટના ટ્રાન્સફ્યુઝનનો પુન:ઉપયોગ કરી શકું છું.

- ઇન્ફેક્શન. સર્જિકલ કાપની જગ્યા, છાતીની કેવિટી, શ્વસન અને યુરીનરી ટ્રેક્ટ ઇન્ફેક્શન સામેલ છે. ચેપ (ઇન્ફેક્શન)ના કારણે બેક્ટેરિયા, વાઇરસ અથવા ફૂગ થઈ શકે છે. અન્ય સર્જિકલ દર્દીઓ કરતા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાવનાર દર્દીઓ માટે ચેપનું જોખમ વધારે રહે છે કારણ કે રિજેક્શન ટાળવા માટે જરૂરી સારવારથી શરીર ચેપનો સામનો કરવા માટે ઓછું સક્ષમ બને છે. મારા શરીરમાં જે જગ્યાએથી ટ્યુબ દાખલ કરવામાં આવી હોય (મને શ્વાસ લેવામાં મદદ કરતી ટ્યુબ, પ્રવાહી અને પોષણ પૂરા પાડવા તથા શરીરની મહત્વની કામગીરી પર દેખરેખ રાખવા માટે મારી નસમાં દાખલ કરાયેલી ટ્યુબ વગેરે) તેનાથી ન્યુમોનિયા, બ્લડ ઇન્ફેક્શન અને સ્થાનિક ઇન્ફેક્શન થઈ શકે છે.
- સર્જિકલ વિસ્તારમાં સ્ટ્રેચરને ઇજા.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

- ચેતાતંત્રને નુકસાન, છાતીમાં સીધા સંપર્કના કારણે અથવા દબાણના કારણે અથવા સર્જરી દરમિયાન હાથ, પગ અથવા પીઠની સ્થિતિના કારણે. ચેતાતંત્રને નુકસાનના કારણે સુન્ન થઈ જવું, નબળાઈ આવવી, લકવો થવો અને / અથવા પીડા થઈ શકે છે. મોટા ભાગના કિસ્સામાં આ લક્ષણો કામચલાઉ હોઈ શકે છે, પરંતુ દુર્લભ કિસ્સામાં તે લાંબા સમયગાળા માટે ટકી શકે છે અથવા કાયમી રહી શકે છે.
- કેટલીક વખત ફેફસાને ટેકો આપવા માટે લાંબા સમય સુધી તબીબી વેન્ટિલેશનની જરૂર પડી શકે છે. મને લાંબા સમય સુધી વેન્ટિલેટરની જરૂર પડે તો હવાના માર્ગને ક્લિયર કરવા માટે ટ્રેકિયોસ્ટોમી (વિન્ડપાઇપમાં કામચલાઉ સર્જિકલ છીદ્ર)ની જરૂર પડી શકે છે.
- મેલાઇનન્સી : સામાન્ય લોકોની સરખામણીમાં ટ્રાન્સપ્લાન્ટના દર્દીઓ માટે કેટલાક પ્રકારના કેન્સરનું જોખમ વધારે રહે છે. કારણ કે રિજેક્શનને અટકાવવા માટે અપાતી દવાઓ શરીરને કેન્સરનો સામનો કરવા માટે ઓછું સક્ષમ બનાવે છે.
- ટ્રાન્સપ્લાન્ટના દર્દીઓમાં સ્કીન કેન્સર એ સૌથી સામાન્ય જોવા મળતા કેન્સરનો પ્રકાર છે. સામાન્ય લોકોમાં બીમારીઓ પેદા કરતા કેટલાક વાઇરસ લોહીના પ્રવાહમાં રહે છે. આ વાઇરસ એવા દર્દીઓમાં કેન્સર સાથે સંકળાયેલા છે જેઓ ઇમ્યુનોસપ્રેસન્ટ (એન્ટી-રિજેક્શન) દવાઓ પર હોય. ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા અવયવ સાથે અમુક પ્રમાણમાં મેલાઇનન્સીની શક્યતા રહેલી છે. મારી કિડનીની કામગીરી ક્યળે અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જરીના કારણે મને કામચલાઉ અથવા કાયમ માટે ડાયાલિસિસ પર રાખવામાં આવે તેવી શક્યતા રહેલી છે.
- સ્થિતિના કારણે ત્વચા પર દબાણના ફોલ્લા પડવા.
- રક્તસ્રાવ અટકાવવા માટે ઇલેક્ટ્રિકલ ઉપકરણોના ઉપયોગ કે અન્ય ઉપકરણોના ઉપયોગના કારણે દાઝી જવું.
- ધમનીઓ અને શિરાઓને નુકસાન.
- હાર્ટ એટેક
- સ્ટ્રોક
- કાપાની જગ્યાએ કાયમી ઉજરડા.

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ અંગે મારું શરીર કેવી રીતે પ્રતિભાવ આપે છે તેની મારા ડોક્ટર આગાહી કરી શકે નહીં. આ ઉપરાંત જે સ્થિતિના કારણે હૃદય રોગ થયું તેના કારણે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલા હૃદયને કેવી અસર થશે તે જાણી શકાય નહીં.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

સર્જરી પછીની સારવાર અને રિકવરી:

સર્જરી બાદ વિશેષ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ દ્વારા મારી સારસંભાળ રાખવામાં આવશે. તે ઇન્ટેન્સિવ કેર યુનિટમાં અથવા સ્પેશિયાલિટી રિકવરી યુનિટમાં અથવા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ વોર્ડમાં થઈ શકે છે જ્યાં મારી સ્થિતિની ખાસ દેખરેખ રાખવામાં આવશે. હોસ્પિટલમાં મારા રોકાણનો આધાર રિકવરીના દર પર રહેશે. મારી રિકવરી માટે ડોક્ટરોને જેટલા હોસ્પિટલાઇઝેશનની જરૂર પડે તેટલા પ્રમાણમાં હોસ્પિટલમાં રહેવું પડશે. ટ્રાન્સપ્લાન્ટ અગાઉ મારી બીમારીની તીવ્રતા તથા સર્જરી પછીની જટિલતાના આધારે હોસ્પિટલાઇઝેશનનો સમય અલગ અલગ હોઈ શકે છે. હું હોસ્પિટલમાંથી રજા લઉં પછી પણ મારી રિકવરી ચાલતી હશે. હું જાણું છું કે ડોક્ટરો મને ડ્રાઇવિંગ સહિતની સામાન્ય પ્રવૃત્તિ કરવાની છૂટ આપે તે પહેલા ચાર (૪)થી છ (૬) સપ્તાહ લાગી શકે છે. મને ઓપરેશન પછીની કોઈ મુશ્કેલીઓ અનુભવાશે તો મને રિકવરીમાં વધારે સમય લાગી શકે છે. રિકવરીના સમયગાળામાં ડોક્ટરોની એક ટીમ મારી પ્રગતિ પર નજર રાખશે. પ્રારંભમાં ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ વારંવાર મને જોવા આવશે ત્યાર બાદ રિકવરીના આધારે મારી મુલાકાતમાં ઘટાડો થતો જશે. હું સમજું છું કે લાંબા સમયગાળા સુધી મારી દેખરેખ રાખવામાં આવશે અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કચયેલા હૃદયની સ્થિતિ જાણવા હું પરીક્ષણો, લેબોરેટરી ટેસ્ટ અને બાયોપ્સી માટે ઉપલબ્ધ રહેવા માટે સહમત છું. મારા પ્રાથમિક સારવાર ડોક્ટરને મારી પ્રગતિ અંગે માહિતી આપવામાં આવશે અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન ટીમ મારી રૂટિન તબીબી સારસંભાળને મારા પ્રાથમિક સારવાર ફિઝિશિયનને સોંપવા માટે તમામ પ્રયાસ કરશે. જોકે, ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ ઇમ્યુનોસપ્રેશન મેનેજમેન્ટ માટે મારા પર નજર રાખશે અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સંબંધિત કોઈ જટિલતાઓ ઉભી થઈ હોય તેના પર દેખરેખ રાખવામાં આવશે. હું સમજું છું કે એક પ્રાથમિક સારસંભાળ ફિઝિશિયન હોવા જરૂરી છે જે મારી સામાન્ય આરોગ્ય જરૂરિયાતોની કાળજી ચાલુ રાખે. મારી સારસંભાળમાં મારા સ્થાનિક ડોક્ટરને મદદ કરવા માટે ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કોઓર્ડિનેટર અને ફિઝિશિયન દિવસમાં ચોવીસે કલાક ઉપલબ્ધ રહેશે.

દવાઓ અને બાયોલોજિકલ્સના ઉપયોગ સાથે સંકળાયેલા જોખમો:

ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન દરમિયાન અને પછી વિવિધ દવાઓ અને બાયોલોજિકલ એજન્ટ્સનો ઉપયોગ કરવાનો લક્ષ્ય મારા શરીરને દાન કરવામાં આવેલા અવયવને સ્વીકારવામાં મદદ કરવાનો છે. હું સમજું છું કે હું સર્જરી દરમિયાન અને / અથવા સર્જરી પછી મને ઇમ્યુનોગ્લોબ્યુલિન (બાયોલોજિકલ એજન્ટ), મોનોક્લોનલ એન્ટીબોડી (બાયોલોજિકલ એજન્ટ) અથવા સમાન પ્રોડક્ટ આપવામાં આવી શકે છે. આ દવાઓ અને બાયોકેમિકલનો ઉપયોગ ઇન્ડક્શન થેરેપી કહેવામાં આવે છે જેનાથી સ્ટીરોઇડની જરૂરિયાત ઘટી શકે છે અને મારા શરીર દ્વારા હૃદયને નકારવામાં ન આવે તે માટેની અન્ય દવાઓની જરૂરિયાતમાં ઘટાડો થઈ શકે છે. હું સ્વીકારું છું કે ઇન્ડક્શન થેરેપીના ઉપયોગ વિશે મારી સાથે ડોક્ટરો દ્વારા ચર્ચા કરવામાં આવી છે અને હું જાણું છું કે તેની સાથે સંકળાયેલા જોખમોમાં એનેમિયા, તાવ, માથાનો દુખાવો, અચાનક પરસેવો વળવો, શ્વાસ લેવામાં તકલીફ પડવી, શ્વાસ ખેંચાવો, છાતીમાં ખેંચાણ, ચેપ વધી જવાના જોખમમાં વધારો, રક્ત સ્ત્રાવનું વધતું જોખમ, હૃદયના ધબકારા વધી જવા, બ્લડ પ્રેશરમાં ઘટાડો, અનિયંત્રિત રીતે સ્નાયુની હિલચાલ અને / અથવા શ્વેત રક્તકણોમાં ઘટાડો સામેલ છે. દુર્લભ કિસ્સામાં તીવ્ર એલર્જિક રિસ્પોન્સ (એનેફિલેક્સિસ) થઈ શકે છે. ઇન્ડક્શન થેરેપી અગાઉ તાવ અને એલર્જિક પ્રતિભાવ ઘટાડવા માટે દવાઓ આપવામાં આવી શકે છે.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

હું જાણું છું કે મારું શરીર ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાયેલું હૃદય નકારી ન કાઢે તે માટે મારે આજીવન દવાઓ અને/અથવા બાયોલોજિકલ એજન્ટ્સ લેવાની જરૂર પડી શકે છે. મારા ડોક્ટરો નક્કી કરશે કે મારે કેટલી અને કયા પ્રકારની દવાઓ લેવી અને મારી ડ્રેગ થેરેપીમાં સમયાંતરે ફેરફાર કરવાની જરૂર પડી શકે છે. એન્ટી-રિજેક્શન ડ્રગ થેરેપીના કારણે ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન સાથે અનેક લાંબા ગાળાના જોખમો સંકળાયેલા છે. તેમાં સામેલ છે: કેન્સરની બીમારી થવી અને દુર્લભ ન્યુરોલોજિકલ બીમારીઓ પેદા થવી, ચોક્કસ સામાન્ય વાઇરસનો ભોગ બનવાની શક્યતા, કોરોનરી આર્ટરી ડિસિઝ (કદાચ કોલેસ્ટેરોલનું પ્રમાણ વધવા સાથે સંલગ્ન) અને કિડનીની બીમારી થવી. ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કરાવતા દર્દીઓમાં કેટલાક કેન્સરનો ખતરો સામાન્ય લોકો કરતા વધારે રહેલો છે. તેનું કારણ એ છે કે રિજેક્શન અટકાવવા માટેની જરૂરી દવાઓ શરીરને કેન્સરનો સામનો કરવા માટે નબળું બનાવે છે. ટ્રાન્સપ્લાન્ટના દર્દીઓમાં સ્કીન કેન્સર એ સૌથી સામાન્ય જોવા મળતા કેન્સરનો પ્રકાર છે. સામાન્ય લોકોમાં બીમારીઓ પેદા કરતા કેટલાક વાઇરસ લોહીના પ્રવાહમાં રહે છે. આ વાઇરસ એવા દર્દીઓમાં કેન્સર સાથે સંકળાયેલા છે જેઓ ઇમ્યુનોસપ્રેસન્ટ (એન્ટી-રિજેક્શન) દવાઓ પર હોય. આવી કેટલીક દવાઓ અને એજન્ટ્સ તથા કેટલીક આડઅસરો અને જોખમોમાં નીચે જણાવ્યા પ્રમાણેની બાબતોના ઉદાહરણો સામેલ છે. ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન બાદ મને દવાઓ વિશે તથા ખાસ મારા માટે ઓર્ડર કરવામાં આવેલા એજન્ટ્સ અંગે સૂચના આપવામાં આવશે.

પ્રોડનિસોન જેવા સ્ટીરોઇડ્સ	સ્નાયુના ભાવ, હાડકાની નબળાઈ, અસાધારણ ચરબી જમા થવી, વાળ ખરવા, ઓજિટેશન, બ્લડ શુગરમાં વધારો, વજન વધવું, મોતીયો
ટેકોલિમસ	માથાનો દુખાવો, ધુજારી, છેડાના અવયવો સુન્ન થઈ જવા, માનસિક ગુંચવણ, બ્લડ શુગર વધવી, કોલેસ્ટેરોલમાં વધારો, કિડનીની કામગીરીને અસર, એનેમિયા, લોહીની ગંઠાવાની ક્ષમતામાં ઘટાડો, વાળ ખરવા.
સિરોલિમસ	માથાનો દુખાવ, ધુજારી, બ્લડ પ્રેશરમાં વધારો, અસાધારણ કિડનીની કામગીરી, કોલેસ્ટેરોલના પ્રમાણમાં વધારો, હૃદયના રિધમ વધવા, ઉધરસ, લોહીની ગંઠાવાની ક્ષમતા ઘટવી, સાંધામાં દુખાવો.
સાઇક્લોસ્પોરિન	ધુજારી, બ્લડ પ્રેશરમાં વધારો, કિડનીની કામગીરીને અસર, લોહીની ગંઠાવાની ક્ષમતા ઘટવી, પેઢાનો વધારે પડતો વિકાસ, વધારે પ્રમાણમાં વાળની વૃદ્ધિ
એઝેથિયોપ્રાઇન	સ્વાદુપિંડમાં સોજો, ઝાડા, લોહીની ગંઠાવાની ક્ષમતા ઘટવી.
માઇકોફેનોલિક એસિડ પ્રોડક્ટ્સ	એનેમિયા, ચેપનો સામનો કરવાની ક્ષમતા ઘટવી, પગ કે પગના નીચેના ભાગમાં સોજો, ગેસ્ટ્રોઇન્ટેસ્ટિનલ અપસેટ, ડાયરિયા

વિવિધ ચેપની સારવાર કરાવવા કે અટકાવવા માટે મને આખા જીવન દરમિયાન અન્ય દવાઓ લેવાની જરૂર પડી શકે છે. મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયા દરમિયાન લોહીની કામગીરીના આધારે મારા માટે આ દવાઓની સંભવિત જરૂરિયાત નક્કી કરવામાં આવશે. હું સમજું છું કે એન્ટી-રિજેક્શન દવાઓ ઉપરાંત મારે કોલેસ્ટેરોલ, બ્લડ પ્રેશર અને બ્લડ શુગર નિયંત્રણ માટે અન્ય દવાઓ લેવાની જરૂર પડી શકે છે. ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન બાદ મને મારા માટે ઓર્ડર કરવામાં આવેલી દવાઓ વિશે વધારે સૂચના આપવામાં આવશે.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સંબંધિત મનોવૈજ્ઞાનિક જોખમો

સંભવિત મનોવૈજ્ઞાનિક જોખમોમાં ડિપ્રેશન, પોસ્ટ ટ્રોમેટિક સ્ટ્રેસ ડિસઓર્ડર (પીટીએસડી), સામાન્ય ઉચાટ, બીજા પર આધારિત રહેવાની ચિંતા, અપરાધભાવ વગેરે હોઈ શકે છે.

લાભ:

હું જાણું છું કે હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશનનો ફાયદો એ છે કે મને વધારે લાંબુ જીવવાની આશા રહે છે અને અત્યારની બીમારીમાં હું જે રીતે રહું છું તેના કરતા વધુ સારી રીતે જીવી શકીશ. હું એ પણ જાણું છું કે આ સંભવિત લાભ માત્ર સર્જરીથી નહીં મળી શકે. પરંતુ મારા ડોક્ટરો સૂચવે તે પ્રમાણે યુસ્ત સારવાર યોજનાને અનુસરવી પડશે.

વિકલ્પો:

હું સમજું છું કે આ સર્જરી ન કરાવવાનો વિકલ્પ પણ મારી પાસે છે. હું આ સર્જરી ન કરાવવા માટે નિર્ણય લઉં તો મારા હૃદય રોગની સારવાર મારા રિફરિંગ ડોક્ટર અને પ્રાઇમરી કેર ફિઝિશિયન (પીસીપી) પાસે જશે અને તેમના દ્વારા ચાલુ રહેશે. હું સ્વીકારું છું કે મારી ચોક્કસ સ્થિતિના આધારે મારા માટે જે સારવાર વિકલ્પ ઉપલબ્ધ છે તથા આ સારવારના આધારે બધા અંદાજની મને સમજણ આપવામાં આવેલી છે. હું એ પણ જાણું છું કે હું ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જરી ન કરાવું તો મારી સ્થિતિ કથળવાની શક્યતા રહે છે અને મારું આયુષ્ય ઘટી શકે છે અથવા જીવનની ગુણવત્તાને અસર થઈ શકે છે.

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રોગ્રામના ફેરફારો:

સ્વૈચ્છિક નિષ્ક્રિયતા સહિત ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કાર્યક્રમમાં કોઈ ફેરફાર હોય, જેનાથી ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશનને અસર થઈ શકે તેમ હોય, તો આ કાર્યક્રમના પ્રતિનિધિ દ્વારા મને તેની જાણ કરવામાં આવશે.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

હું સમજું છું કે ડોક્ટરો સર્જરીનો મહત્વનો હિસ્સો કરશે અથવા તે દરમિયાન હાજર રહેશે. મેડિકલ ડિવાઇસ કંપનીઓના પ્રતિનિધિઓ ઉપકરણો પૂરા પાડવા માટે, નિરીક્ષણ કરવા અથવા તેના ઉપયોગની સલાહ આપવા માટે હાજર રહી શકે છે. સર્જરીમાં કોણ ભાગ લેશે અને કઈ રીતે તે ઓપરેશનના સમયે નક્કી કરવામાં આવશે અને તેનો આધાર આવશ્યક અનુભવ ધરાવતા લોકોની ઉપલબ્ધતા અને મારી તબીબી સ્થિતિ પર રહેશે.

હું સમજું છું કે ડોક્ટરો અથવા અન્ય લોકો તબીબી, વૈજ્ઞાનિક અથવા શિક્ષણના હેતુથી મારા ઓપરેશનનો સમગ્ર હિસ્સો અથવા અમુક હિસ્સો ફોટોગ્રાફ કરવા, ટેલિવાઇઝ કરવા કે ફિલ્મ કરવા માટે પસંદ કરી શકે છે. હું પ્રોસિઝરના ફોટોગ્રાફિંગ, ટેલિવાઇઝિંગ, ફિલ્મિંગ અથવા અન્ય પ્રકારના રેકોર્ડિંગની મંજૂરી આપું છું જેમાં મારા શરીરના યોગ્ય ભાગ, શરીરની કામગીરી અથવા અવાજને રેકોર્ડ કરવામાં આવી શકે છે જેમાં મારી ઓળખ જાહેર કરવામાં નહીં આવે. હું સમજું છું અને એ બાબતે સહમત છું કે (૧) આ દરમિયાન લેવામાં આવેલા કોઈ પણ ફોટોગ્રાફ, ફિલ્મ અથવા અન્ય ઓડિયો કે વિડિયો રેકોર્ડિંગ આ સંસ્થાની પૂર્ણ માલિકીની રહેશે અને (૨) આ સંસ્થા અથવા સ્ટાફનો કોઈ પણ યોગ્ય સભ્ય આ ફોટોગ્રાફ, ફિલ્મ અથવા ઓડિયો કે વિડિયો રેકોર્ડિંગના તમામ અથવા અમુક ભાગને એડિટ, જાળવી અથવા નષ્ટ કરી શકે છે. આવા રેકોર્ડિંગ એ તબીબી રેકોર્ડનો હિસ્સો નથી અને હું સમજું છું કે હું તેની નકલ નહીં મેળવી શકું.

હું એ બાબતની મંજૂરી આપું છું કે મારા શરીરમાંથી નીકળતા કોઈ પણ નમુના, પેશીઓ, શરીરના ભાગ કે અન્ય ભાગને જાળવી શકાશે, પરીક્ષણ કરી શકાશે અથવા વૈજ્ઞાનિક, શૈક્ષણિક અથવા અન્ય હેતુઓ માટે લઈ શકાશે જેમાં પ્રોસ્થેસિસ અને તબીબી, સર્જિકલ એપ્લાયન્સિસનો સમાવેશ થાય છે.

હું સમજું છું કે હોસ્પિટલ મને સર્જરી અગાઉ તમામ જવેલરી દૂર કરવા તથા તમામ બોડી પિયસિંગ હાર્ડવેર દૂર કરવા માટે જણાવી શકે છે.

નીચે મારી સહી એ બાબતની પુષ્ટિ આપે છે કે:

૧. મેં આ સહમતી પત્રમાં જણાવવામાં આવેલા વિધાનો વાંચ્યા છે (અથવા વાંચી સંભળાવાયા છે), સમજ્યા છે અને તેના માટે હું સહમત છું.
૨. આ સહમતી પત્રમાં અપાયેલી તમામ માહિતીની ડોક્ટરે અથવા ડોક્ટરના પ્રતિનિધિએ મને સમજણ આપી છે. મને પ્રશ્નો પૂછવાની તક અપાઈ હતી અને મને સંતોષ થાય તે રીતે પ્રશ્નોના જવાબ આપવામાં આવ્યા હતા.
૩. મારી સહી અગાઉ તમામ કોરી જગ્યાઓ અથવા ભરવાની જરૂર હોય તેવા તમામ નિવેદનો માટે મારી સહી લેવાઈ હતી.
૪. સર્જરીના પરિણામ વિશે કોઈ ગેરંટી કે ખાતરી આપવામાં આવી નથી.
૫. હું સ્વૈચ્છિક રીતે આ સહમતી પત્ર પર સહી કરું છું.

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

૬. હું જાણું છું કે સર્જરી અગાઉ કોઈ પણ સમયે હું મારી સહમતીમાંથી પીછેહઠ કરી શકું છું.

૭. હું અહીં ડો ----- (મારા ફિઝિશિયન)ને અને / અથવા તેમના સંલગ્ન લોકો, સહાયકો અને મારા ફિઝિશિયન દ્વારા નિયુક્ત કરાયેલા હેલ્થ કેર પ્રોવાઈડર્સને સહમતી પત્રમાં આપવામાં આવ્યા પ્રમાણેની સર્જરી કરવાની પરવાનગી આપું છું. હું સમજું છું કે સર્જરી દરમિયાન એવી સ્થિતિ સર્જાઈ શકે છે જેનાથી મારા ડોક્ટરો અથવા તેમના દ્વારા નિયુક્ત કરાયેલા લોકો વધારાની તબીબી પ્રક્રિયા અથવા તબીબી કાર્ય કરવાની ફરજ પડી શકે છે જે તેમના મતે મારા ફાયદા માટે તબીબી રીતે આવશ્યક હોઈ શકે છે, જેમાં બ્લડ અથવા બ્લડ પ્રોડક્ટ્સ આપવાની જરૂર પડી શકે છે. હું મારા ડોક્ટરો અને તેના દ્વારા નિયુક્ત લોકોને આવી વધારાની તબીબી કામગીરી કે પ્રક્રિયા કરવાની વિનંતી કરીને તેના માટે સત્તા આપું છું. તેઓ પોતાના વ્યાવસાયિક નિર્ણય પ્રમાણે જે જરૂરી અને આવશ્યક લાગે તે કરી શકે છે. વધારાની સહમતી મેળવવા માટે સર્જરી અટકાવવા કે તેને વિલંબિત કરવાની તેમની ફરજને હું રદ કરું છું.

સાક્ષી

અથવા દર્દી માટે સત્તાવાર નિયુક્ત કરાયેલી વ્યક્તિની સહી

તારીખ

તારીખ

સમય

સમય

સહી કરનાર દર્દી ન હોય તો દર્દી સાથે તેનો સંબંધ

દર્દીનું નામ : _____

ઓળખ ક્રમાંક: _____

હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સહમતી ફોર્મ (પુષ્ક)

મેં ઉપર સહી કરનાર સંબંધિત ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મેળવનારને આ સહમતી પત્રમાં અપાયેલી તમામ માહિતીની સમજણ આપી છે. તેના પરિણામો અંગે મારા દ્વારા કોઈ ગેરંટી કે ખાતરી આપવામાં આવી નથી.

એમ.ડી

ફિજિશિયન અથવા ફિજિશિયનના પ્રતિનિધિની સહી

તારીખ

સમય

એમ.ડી

ફિજિશિયનનું નામ અથવા ફિજિશિયનના પ્રતિનિધિ

દવાઓ અને એલર્જી

ડોક્ટર દ્વારા તેમને પ્રિસ્ક્રિબ કરવામાં આવેલી તમારી દવાઓ, ડોઝ અને તેના માટે તમે શું લઈ જઈ રહ્યા છો તેની યાદી બનાવો. તેમાં હર્બલ અને ડાયટરી સપ્લીમેન્ટ સહિત ઓવર-ઘ-કાઉન્ટર દવાઓ અને વિટામીનનો સમાવેશ કરો. તમે ભૂતકાળમાં કોઈ દવાઓની એલર્જી હોય તથા અત્યારે એલર્જી હોય તેની યાદી આપવાની રહેશે.

દવાઓ અને એલર્જીઓ

તમારી દવાઓની યાદી આપો

MEDICINES	DOSE	FREQUENCY	PRESCRIBING MD	REASON

દવાઓ અને એલર્જીઓ

તમને દવાઓની કોઈ એલર્જી છે

એલર્જી	તમે કેવો પ્રતિભાવ આપો છો?

તમે લેતા હોવ તે હર્બલ સપ્લિમેન્ટ અને / અથવા વિટામીનની યાદી આપો.

તમે તમારી દવાઓ જાતે લો છો? _____

જો ના, તો તમને કોણ મદદ કરે છે _____

પદ્ધતિઓ અને પરિસ્થિતિઓની સમીક્ષા

પદ્ધતિઓ અને પરિસ્થિતિઓની આ સમીક્ષા તમને હાલમાં અસર કરતી સમસ્યાઓને સમજવામાં અમને મદદ કરશે. તમને અત્યારે કોઈ સમસ્યા હોય કે ભૂતકાળમાં રહી ચૂકી હોય તે દર્શાવો. તેને ફરી વાંચી જાવ પરંતુ તેને ભરો નહીં કે સહી ન કરો. તમારા ડોક્ટર તમારી માહિતી અંગે વાત કરશે, તમને પ્રશ્નો પૂછવાની તક આપશે અને તમારા મૂલ્યાંકન વખતે તમને તેના પર સહી કરાશે.

પદ્ધતિઓ અને પરિસ્થિતિઓની સમીક્ષા

પદ્ધતિઓ અને પરિસ્થિતિઓની આ સમીક્ષા તમને હાલમાં અસર કરતી સમસ્યાઓને સમજવામાં અમને મદદ કરશે. તમને અત્યારે કોઈ સમસ્યા હોય કે ભૂતકાળમાં રહી ચૂકી હોય તે દર્શાવો. તમને લાગુ પડતી ન હોય તેવી બાબતો ખાલી રાખો.

કાર્ડિયોવેસ્ક્યુલર	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	હાઇપરટેન્શન
<input type="checkbox"/>	છાતીમાં દુખાવો
<input type="checkbox"/>	હ્યુમેટિક ફિવર
<input type="checkbox"/>	મિટ્રલ વાલ્વ પ્રોલેપ્સ
<input type="checkbox"/>	ફ્લેબિટિસ બ્લડ ક્લોટ
<input type="checkbox"/>	હાઇ કોલેસ્ટેરોલ
<input type="checkbox"/>	હૃદયના અનિયમિત ધબકારા
<input type="checkbox"/>	એનેમિયા
<input type="checkbox"/>	અન્ય _____

ગેસ્ટ્રોઇન્ટેસ્ટિનલ	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	પેટમાં અલ્સર
<input type="checkbox"/>	લિવરની બીમારી
<input type="checkbox"/>	એસિડ રિફ્લક્સ
<input type="checkbox"/>	એસોફેજિયલ કેન્સર
<input type="checkbox"/>	પેટનું કેન્સર
<input type="checkbox"/>	કોલોન કેન્સર
<input type="checkbox"/>	અન્ય _____

એન્ડોક્રાઇન	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	ડાયાબિટિસ
<input type="checkbox"/>	લો બ્લડ શુગર
<input type="checkbox"/>	થાઇરોઇડની બીમારી
<input type="checkbox"/>	થાઇરોઇડ કેન્સર
<input type="checkbox"/>	અન્ય _____

ગાયનેકોલોજિકલ બીમારીઓ	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	એસટીડી
<input type="checkbox"/>	સ્તન કેન્સર
<input type="checkbox"/>	અસાધારણ પેપ સ્મીયર્સ
<input type="checkbox"/>	અન્ય _____

ચેપી રોગ	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	એચઆઇવી
<input type="checkbox"/>	મેનિન્જાઇટિસ
<input type="checkbox"/>	હિપેટાઇટિસ
<input type="checkbox"/>	મોનો
<input type="checkbox"/>	સી-ડિક
<input type="checkbox"/>	એમઆરએસએ
<input type="checkbox"/>	અન્ય

શ્વાસનને લગતા રોગ	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	આખો શ્વાસ ન લઈ શકવો
<input type="checkbox"/>	સતત ઉધરસ
<input type="checkbox"/>	શ્વાસમાં તકલીફ
<input type="checkbox"/>	ફેફસાની તીવ્ર બીમારી
<input type="checkbox"/>	ફેફસાની બીમારી
<input type="checkbox"/>	ફેફસાનું કેન્સર
<input type="checkbox"/>	અન્ય

મસ્ક્યુલોકેલેલટ	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	ગોટ
<input type="checkbox"/>	સાંધામાં દુખાવો, સોજો
<input type="checkbox"/>	આર્થરાઇટિસ
<input type="checkbox"/>	પગમાં પીડા, કેમ્પિંગ

ત્વચા	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	ખુલ્લા ઘાવ અથવા ચાંદ
<input type="checkbox"/>	ઉજરડા
<input type="checkbox"/>	ઝડપથી રુઝ ન આવવી
<input type="checkbox"/>	કાપા
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	કેન્સર: પ્રકાર
<input type="checkbox"/>	અન્ય

ન્યુરોલોજિકલ	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	સતત માથામાં દુખાવો થવો
<input type="checkbox"/>	આંચકી અથવા ખેંચ
<input type="checkbox"/>	સ્ટ્રોક
<input type="checkbox"/>	હાથ કે પગ સુન્ન થઈ જવા, બહેર મારી જવા
<input type="checkbox"/>	ઉંઘવાની સમસ્યા
<input type="checkbox"/>	બેઇન ટ્યુમર
<input type="checkbox"/>	અન્ય

યુરોલોજિકલ	
જો હોય તો ટિક કરો	
<input type="checkbox"/>	પેશાબમાં બ્લડ
<input type="checkbox"/>	પ્રોસ્ટેટ વધી જવું
<input type="checkbox"/>	પેશાબ કરવામાં તકલીફ
<input type="checkbox"/>	તાત્કાલિકપણું / વારંવાર જવું
<input type="checkbox"/>	પ્રોસ્ટેટ કેન્સર
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	અન્ય

આરોગ્યની માહિતી માટે દર્દીની મંજૂરી
ઇમેઇલ દ્વારા જાણ કરવામાં આવશે

ઇમરજન્સી સંપર્ક:

નામ: _____

સરનામું: _____

ઇમેઇલ એડ્રેસ: _____

ટેલિફોન નંબર: _____

૧. ઇમેઇલના જોખમો અને જવાબદારી

સીમ્સ, તેનો સ્ટાફ, ફિઝિશિયન્સ અને એજન્ટ્સની મુનસફી પ્રમાણે અને આ સહમતી ફોર્મમાં તમારી સાથે નક્કી કરવામાં આવેલી શરતો પ્રમાણે તમે સીમ્સ સાથે વાતચીત કરવા માટે ઇમેઇલનો ઉપયોગ કરી શકો છો. આ ઇમેઇલમાં તમારી અંગત તબીબી માહિતી હોઈ શકે છે. તમે સીમ્સ સાથે સંપર્ક રાખવા માટે ઇમેઇલનો ઉપયોગ કરો છો તો નીચેના જોખમો અને તમારી જવાબદારીઓથી તમારે વાકેફ રહેવું જોઈએ.

- અ) ઇન્ટરનેટ સુરક્ષિત અથવા ખાનગી નથી તેથી બિનસત્તાવાર લોકો તમારા દ્વારા મોકલાયેલ અથવા સીમ્સે મોકલેલા ઇમેઇલને આંતરવા, વાંચવા અને સંભવિત રીતે ફેરફાર કરવા સક્ષમ હોઈ શકે છે.
- બ) તમારે તમારા ઇમેઇલ એકાઉન્ટ, પાસવર્ડ અને કમ્પ્યુટરને બિનસત્તાવાર વ્યક્તિઓ દ્વારા એક્સેસ કરવામાં ન આવે તેની ખાતરી કરવાની રહેશે.
- ક) ઇમેઇલનો ઉપયોગ વાઇરસ ફેલાવવા માટે કરી શકાય છે તેથી કેટલાક વાઇરસના કારણે એવા લોકોને ઇમેઇલ મેસેજ મોકલાય છે જેઓ તેને મેળવવા માંગતા હોતા નથી. તેથી તમારે વાઇરસ પ્રોટેક્શન ઇન્સ્ટોલ કરીને જાળવવાનું રહેશે.
- ડ) ઇમેઇલને કોપી, પ્રિન્ટ અને તમે જેને ઇમેઇલ મોકલવા માંગતા હોવ તેને ફોરવર્ડ કરી શકાય છે તેથી તમે કોને ઇમેઇલ મોકલો છો તેના સંદર્ભમાં તમારે કાળજી રાખવી જોઈએ.

૨. ઇમેઇલનો ઉપયોગ કરવા માટેની સ્થિતિઓ

સીમ્સ સાથે ઇમેઇલના ઉપયોગ અંગે સહમત થઈને તમે સ્વીકારો છો કે:

- અ) સીમ્સ નિદાન, સારવાર, રિઇમ્બર્સમેન્ટ અને અન્ય સંબંધિત કારણો માટે યોગ્ય લાગે તે રીતે ઇમેઇલ મોકલી શકે છે. ઇમેઇલ મેળવનાર ઉપરાંત સીમ્સના સ્ટાફના સભ્યો તમે મોકલેલા ઇમેઇલને એક્સેસ કરી શકે છે. આવા એક્સેસ માત્ર એવા લોકો માટે હશે જેઓ તમને સર્વિસ પૂરી પાડવા માટે ઇમેઇલ એક્સેસ કરવાનો અધિકાર ધરાવતા હોય. નહીંતર, સીમ્સ અગાઉથી તમારી લેખિત પરવાનગી વગર સ્વતંત્ર થર્ડ પાર્ટીને ઇમેઇલ ફોરવર્ડ નહીં કરે, સિવાય કે તેની સત્તા આપવામાં આવી હોય અથવા કાયદા અનુસાર જરૂરી હોય.
- બ) સીમ્સ તમારા ઇમેઇલને વાંચીને તાત્કાલિક તેનો જવાબ આપવા માટે પ્રયાસ કરશે, પરંતુ સીમ્સનો સ્ટાફ તમારા ઇમેઇલ તાત્કાલિક વાંચે તેવું કદાચ ન પણ બને. તેથી કોઈ ઇમરજન્સી હોય અથવા ટૂંકા સમયગાળામાં કોઈ જવાબની જરૂર હોય તો તમારે ઇમેઇલ દ્વારા સીમ્સનો સંપર્ક કરવો ન જોઈએ.
- ક) તમારા ઇમેઇલમાં પ્રત્યુત્તરની જરૂર પડે અથવા ઉત્તર માંગે અને તમે નિર્ધારિત સમયમાં પ્રતિભાવ ન મેળવો તો સીમ્સનો સીધો સંપર્ક કરવાની જવાબદારી તમારી રહેશે.

- ડ) સંવેદનશીલ તબીબી માહિતી મોકલવા માટે ઇમેઇલનો ઉપયોગ કરવામાં તમારે ખાસ કાળજી રાખવી જોઈએ. તેમાં જાતિય રીતે ફેલાતી બીમારીઓ, એઇડ્સ / એચઆઇવી, માનસિક આરોગ્ય, વિકાસ અક્ષમતા અને કેફી પદાર્થોના ઉપયોગ વગેરેનો સમાવેશ થાય છે.
- ઘ) ઇમેઇસ સંદેશમાં તમારે કાળજીપૂર્વક શબ્દોનો ઉપયોગ કરવો જોઈએ જેથી તમે જે માહિતી આપવા માંગો છો તે સ્પષ્ટ રીતે દર્શાવી શકાય.
- એફ) કોઈ પણ અસ્પષ્ટ પરંતુ ખોટી માહિતી સુધારવાની જવાબદારી તમારી રહેશે.
- જી) સીમ્સ તમારા ઇમેઇલ સેવ કરવાનો તથા તમારા ઇમેઇલ કે તેમાં રહેલી માહિતીને તમારા તબીબી રેકોર્ડમાં સામેલ કરવાનો અધિકાર ધરાવે છે.
- એચ) જરૂર પડે અથવા સીમ્સ દ્વારા ભલામણ કરવામાં આવે તો ફોલો અપ કરવાની કે એપોઇન્ટમેન્ટ શિડ્યુલ કરવાની જવાબદારી દર્દીની રહેશે.
- આઇ) તમારી સાથે સંવાદ કરવા માટે સીમ્સ માત્ર ઇમેઇલનો ઉપયોગ નહીં કરે. આ ઉપરાંત, સીમ્સ નક્કી કરી શકે છે કે તમને ઇમેઇલથી સંવાદ કરવા માટે તે કદાચ તમારા હિતમાં ન હોય. આવા કિસ્સામાં સીમ્સ નક્કી કરશે કે તે ઇમેઇલથી તમને જાણકારી આપવા માંગતી નથી.

૩. સૂચનાઓ

- અ) તમારા ઇમેઇલ એડ્રેસમાં ફેરફાર થાય તો સીમ્સ ખાતે તમે જેની સાથે વાતચીત કરો છો તે વ્યક્તિઓને તમારે તાત્કાલિક જાણ કરવાની રહેશે.
- બ) તમારે માત્ર સૂચના આપવામાં આવ્યા પ્રમાણેના સીમ્સ ઇમેઇલ એડ્રેસ પર મેઇલ મોકલવાના રહેશે.
- ક) તમારે ઇમેઇલની બોડીમાં તમારું નામ અને યોગ્ય ઓળખની માહિતી આપવાની રહેશે.
- ડ) તમારે હેન્ડલિંગના હેતુથી ઇમેઇલની સબ્જેક્ટ લાઇનમાં વાતચીતની કેટેગરી લખવાની રહેશે. (ઉદા. પ્રિસ્ક્રિપ્શન, એપોઇન્ટમેન્ટ, તબીબી સલાહ, બિલિંગ પ્રશ્નો વગેરે.)
- ઘ) ઇમેઇલ મોકલતા પહેલા તમારે ઇમેઇલની સમીક્ષા કરવી જોઈએ જેથી તે સ્પષ્ટ હોય અને તમામ વિનંતી કરવામાં આવેલી માહિતી પૂરી પાડવામાં આવી હોય.
- એફ) તમારે ઇમેઇલથી વાતચીત કરવા માટેની સહમતી પાછી ખેંચવા માટે અગાઉ જે ઇમેઇલ એડ્રેસ પર વાતચીત કરી હોય તે તમામ ઇમેઇલ એડ્રેસ પર ઇમેઇલ મોકલીને જણાવવાનું રહેશે.
- ૪) દર્દીનો સ્વીકાર અને સહમતી

તમે ઇમેઇલ દ્વારા મોકલેલી માહિતીની ગુપ્તતા જાળવવા માટે સીમ્સ નોંધપાત્ર પગલાં લેશે. પરંતુ ઉપર જણાવેલા જોખમોના કારણે સીમ્સ એ બાબતની ગેરંટી ન આપી શકે કે ઇમેઇલથી થયેલી વાતચીત સંપૂર્ણ ગુપ્ત રહેશે. આ ઉપરાંત તમે અથવા અન્ય કોઈ દ્વારા તમારા ઇમેઇલનો અયોગ્ય રીતે ઉપયોગ થાય તો તેના માટે સીમ્સ જવાબદાર નહીં રહેશે. સીમ્સની ઇરાદાપૂર્વકની ગેરવર્તણૂક દ્વારા થઈ ન હોય તેવી અયોગ્ય ડિસ્ક્લોઝર માટે પણ સીમ્સ જવાબદાર નહીં રહે.

હું અહીં સ્વીકારું છું કે મેં આ સહમતી પત્ર વાંચ્યો છે અને સંપૂર્ણ સમજું છું. સીમ્સ અને મારી વચ્ચે થતા ઇમેઇલ સંવાદ સાથે સંકળાયેલા જોખમોને હું સમજું છું અને તેમાં દર્શાવવામાં આવેલી શરતો સાથે સહમત છું તથા સીમ્સ મારી સાથે ઇમેઇલથી સંવાદ કરવા જે સૂચનો આપે તેની સાથે સહમત છું. મારે જે પ્રશ્નો હતા તેનો જવાબ મળી ગયો છે.

દર્દીની સહી: _____ તારીખ: _____

તમારી ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ

તમારા મૂલ્યાંકન દરમિયાન તમે ટીમના અનેક સભ્યોને મળશો જેઓ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ દરમિયાન મહત્વની ભૂમિકા ભજવશે.

તમારી ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ટીમ

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કોઓર્ડિનેટર

તમારા હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કોઓર્ડિનેટર તમને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રક્રિયાનો પરિચય આપશે અને તમારા મૂલ્યાંકન શિડ્યુલની સમીક્ષા કરશે. આ મુલાકાતમાં એક પ્રાથમિક હેલ્થ સ્ક્રીનિંગ, દવાઓની સમીક્ષા અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રક્રિયાની સમીક્ષાનો સમાવેશ થાય છે. તમારા હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કોઓર્ડિનેટર તમારા આજના અને ભવિષ્યના દરેક પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે છે.

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જન

તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સર્જન તમારી શારિરીક ક્ષમતા તથા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટેના જોખમનું મૂલ્યાંકન કરશે. સર્જન તમારા હૃદયરોગ અને તમારા નિદાનના તબીબી મેનેજમેન્ટની સમીક્ષા કરશે અને તમામ ઉપલબ્ધ વિકલ્પોને હાથ ધરશે.

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કાર્ડિયોલોજિસ્ટ

તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કાર્ડિયોલોજિસ્ટ તબીબી ઇતિહાસ અને શારિરીક સ્થિતિની ચકાસણી કરશે અને તમારા હૃદય રોગના લક્ષણો અને સંકેતો પર ધ્યાન આપશે. કાર્ડિયોલોજિસ્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ઉપરાંત અન્ય વિકલ્પોની પણ આકારણી કરશે જેમાં તમારા હૃદય રોગના મેડિકલ મેનેજમેન્ટનો સમાવેશ થશે.

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ન્યુટ્રીશનિસ્ટ

તમારા ન્યુટ્રીશનિસ્ટ તમારા પોષણની સ્થિતિ અને ખોરાકને લગતા જ્ઞાનની આકારણી કરશે અને તમને આહાર વિશે શિક્ષણ તથા ભલામણો આપશે. ન્યુટ્રીશનિસ્ટ તમને એક પોષણ કાર્યક્રમ વિકસાવવા, ચાલુ કરવા અને તેને જાળવવા માટે પણ મદદ કરશે.

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ સામાજિક કાર્યકર

તમારા સામાજિક કાર્યકર ઘરે તમારી સપોર્ટ ટીમ, તમારા પ્રિસ્ક્રિપ્શન ઇન્ફોર્મેશન કવરેજ અને ટ્રાન્સપ્લાન્ટ પ્રક્રિયા સાથે સંકળાયેલા અન્ય સામાજિક પાસાની વાત કરશે. સૌથી મહત્વની વાત, તમને કોઈ પણ પ્રશ્નો હોય તો તેના જવાબ તમારા સામાજિક કાર્યકર આપશે.

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ ફાર્માસિસ્ટ

તમારા ફાર્માસિસ્ટ તમને દવાઓ અને તમે જે સપ્લીમેન્ટ લો તેની સંપૂર્ણ યાદી મેળવવામાં મદદ કરશે જેમાં પ્રિસ્ક્રિપ્શન અને નોનપ્રિસ્ક્રિપ્શન સામેલ હશે તથા તમને કઈ રીતે દવાઓ લેવી તે પૂછશે.

ટ્રાન્સપ્લાન્ટ મૂલ્યાંકન માટે પરીક્ષણ

આ વિભાગમાં પરીક્ષણો તમારા મૂલ્યાંકનનો હિસ્સો હોઈ શકે છે. તમારા ડોક્ટર પણ નક્કી કરી શકે છે કે તમને ટેસ્ટના પરિણામોના આધારે વધારે ટેસ્ટિંગની જરૂર છે.

તમારા હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે મૂલ્યાંકન પરીક્ષણો

નીચે જણાવેલા પરીક્ષણો મૂલ્યાંકનનો હિસ્સો હોઈ શકે છે. તમારા ટ્રાન્સપ્લાન્ટ કોઓર્ડિનેટર તમને લાગુ પડતા ટેસ્ટ સામે નિશાની કરશે.

□ આર્ટેરિયલ બ્લડ ગેસ

તમારા લોહીમાં ઓક્સિજન અને કાર્બન ડાયોક્સાઇડના પ્રમાણને જાણવા માટે લોહીના નમુના લેવામાં આવે ત્યારે તેને આર્ટેરિયલ બ્લડ ગેસ કહે છે.

□ લોહીના પરીક્ષણો

તમારા લોહીના પ્રકાર તથા મલ્ટિપલ બોડી સિસ્ટમની સ્થિતિ જાણવા માટે લોહીના નમુના લેવામાં આવે ત્યારે તેને લોહીના પરીક્ષણો કરવામાં આવે છે.

□ બોન ડેન્સિટી સ્કેન (ડીએક્સએ સ્કેન)

બોન ડેન્સિટી સ્કેન પરથી કંઈ હાકાકય તમે ઓસ્ટીયોપોરોસિસના કોઈ તબક્કે પહોંચ્યા છો અથવા તમને હાડકાંનું ફ્રેક્ચર થવાની શક્યતા છેકે કેમ. સ્કેનિંગ પ્રક્રિયામાં લગભગ ૨૦ મિનિટ લાગે છે. તમારે એક પથારી પર સીધા સુવાનું હોય છે જ્યારે એક લો ડોઝ એક્સ-રે આર્મ તમારા સમગ્ર શરીરની આસપાસ ઘુમે છે.

□ છાતીનો એક્સ-રે

છાતીનો એક્સ-રે એવી પ્રક્રિયા છે જેનાથી તમારી છાતીમાં બીમારીના લક્ષણો જાણવા માટે અવયવો અને માળખાનું મૂલ્યાંકન કરવામાં આવે છે.

□ કોલોનોસ્કોપી

કોલોનોસ્કોપીમાં કોલોન (મોટું આંતરડું) અને રેક્ટમ (ગુદા) સુધીના ભાગના સમગ્ર આંતરિક લાઇનિંગની સમીક્ષા કરવામાં આવે છે. આ પ્રક્રિયામાં લાંબા, લવચિક, ટ્યુબ જેવા સાધન (કોલોન સ્કોપ)નો ઉપયોગ કરીને પેશીઓના નમુના લેવામાં આવે છે જ્યારે તમે તમારી ડાબી બાજુએ સુતા રહો છો અને ઘુંટણને પેટ તરફ વાળવામાં આવેલ હોય છે. તમને કોઈ દવાઓ કે એનેસ્થેટિક્સની એલર્જી હોય અથવા રક્તસ્ત્રાવની સમસ્યા હોય, કોઈ દવાઓ લેતા હોવ અથવા તમે ગર્ભવતી હોવ તો ડોક્ટરને તેના વિશે જણાવો. આ ટેસ્ટથી ૨૪થી ૪૮ કલાક અગાઉ સુધી કોઈ ઘન આહાર ન લો. માત્ર જ્યુસ, જિલેટિન અને બ્રોથ જેવા પ્રવાહી લો. ટેસ્ટની આગળની રાતે તમારે મળ દૂર કરવા માટેની આકરી દવા લેવી પડશે.

□ સીટી એન્જિયોગ્રામ (કમ્પ્યુટેડ ટોમોગ્રાફી એન્જિયોગ્રામ)

સીટીએ પ્રક્રિયા લોહીનો પ્રવાહ જાણવા તથા કોઈ સર્ક્યુલેટરી સમસ્યા હોય અથવા સંલગ્ન રોગની સ્થિતિ સાથે સંકળાયેલી સમસ્યાને જાણવા માટે કરવામાં આવે છે. તમે એક સાંકડા તપાસ ટેબલ પર સુઈ રહેશો અને એક એક્સ-રે ટ્યુબમાંથી પસાર થશો. આ પરીક્ષણ માટે તૈયાર થતા પહેલા તમારે કેટલાક કલાકો સુધી કંઈ ખાવાનું કે પીવાનું નહીં હોય. તમારી તમામ દવાઓ અને એલર્જીવિશે તમારા ડોક્ટરને જાણ કરો.

□ સીટી સ્કેન (કમ્પ્યુટેડ એક્સિયલ ટોમોગ્રાફી સ્કેન)

સીટી સ્કેન એ એક્સ-રે પ્રક્રિયા છે. તમારે એક પથારી પર સપાટ સુઈ રહેવાનું હોય છે જેને એક ડુનટ આકારના એક્સ-રે મશીનમાંથી પસાર કરવામાં આવે છે અને તમારા શરીરની અંદરનું નિરીક્ષણ કરવામાં આવે છે. ટેસ્ટ અગાઉની તૈયારી તરીકે તમારે પેટનું સ્કેન, પેલ્વિક સ્કેન અથવા તમારા કોઈ પણ જીઆઇ ટ્રેક્ટ સ્કેન કરવાનું હશે તો ત્રણ કલાક અગાઉથી કંઈ પણ ખાવાની, પીવાની કે મોઢા દ્વારા કંઈ પણ લેવાની મનાઈ કરવામાં આવશે.

□ ડિસેચ્યુરેશન ટેસ્ટ

ડિસેચ્યુરેશન ટેસ્ટ તમારા શરીરમાં જમા થયેલા ઓક્સિજનના પ્રમાણનું માપ આપે છે. પલ્મોનરી ફંક્શન લેબમાં ઓક્સિમીટર તરીકે ઓળખાતા એક ટ્યુકડા સાધનને તમારી આંગળી પર લગાવીને આ ટેસ્ટ કરવામાં આવે છે.

□ ડોપલર્સ – કેરોટિડ આર્ટેરિયલ

ડોપલર અલ્ટ્રાસાઉન્ડ એ સ્પેશિયલ અલ્ટ્રાસાઉન્ડ ટેકનિક છે જે તમારું લોહી કેરોટિડ ધમનીઓમાંથી વહેતું હોય ત્યારે લોહીનું મૂલ્યાંકન કરે છે. તમારી ગરદનની બંને બાજુએ કેરોટિડ ધમનીઓ આવેલી હોય છે અને તમારા હૃદયથી દિમાગ સુધી લોહીનું વહન કરે છે.

□ ઇકેજી (ઇલેક્ટ્રોકાર્ડિયોગ્રામ)

ચોક્કસ કાર્ડિયાક સમસ્યાઓ, જેવી કે એરિથમિયાનું નિદાન કરવા માટે ઇકેજીનો ઉપયોગ કરવામાં આવે છે. આ પ્રક્રિયામાં તમારા કાંડા, ઘુંટી અને છાતી સાથે ઇલેક્ટ્રોડ્સ જોડીને ઇકેજી મશીનને સિગ્નલ મોકલવામાં આવે છે જેમાં તમારા હૃદયના ધબકારાનો દર જોવા મળે છે.

□ હાર્ટ કેથેટરાઇઝેશન (હાર્ટ કેથ)

હાર્ટ કેથ પ્રક્રિયામાં હૃદય અને તેના રક્ત પ્રવાહના સંપૂર્ણ પરીક્ષણ દ્વારા હૃદય રોગનું નિદાન કરવામાં આવે છે. આ પરીક્ષણ લગભગ બેથી ત્રણ કલાક સુધી ચાલે છે અને તે દરમિયાન તમારે એક પેડ ધરાવતા, એક બાજુ ઝુકેલા ટેબલ પર સપાટ સુતા રહેવાનું હોય છે. તમને ટેસ્ટ અગાઉ છ કલાક સુધી કંઈ પણ ખાવાની કે પીવાની મનાઈ કરવામાં આવશે.

□ મેમોગ્રામ (માત્ર મહિલાઓ માટે)

મેમોગ્રામનો ઉપયોગ સ્તન કેન્સર શોધવા માટે થાય છે. મેમોગ્રામના બે પ્રકારો છે – નિયમિત સ્ક્રીનિંગ મેમોગ્રામ અને સારવાર પછી ફોલો-અપ કરવા માટે નિદાન મેમોગ્રામ.

□ એમઆરઆઇ (મેગ્નેટિક રિઝોનન્સ ઇમેજિંગ)

તમારા દિમાગ, કરોડરજી અને પેલ્વિક ક્ષેત્ર, સાંધા, પેટના વિસ્તાર, હૃદય અને રક્તવાહિનીઓની વધુ બારીકીથી દેખરેખ કરવા માટે તમારા ડોક્ટર એમઆરઆઇનો આદેશ આપી શકે છે. આ પ્રક્રિયામાં બેથી ૧૫ મિનિટ લાગે છે. તમારે એક મોટા સિલિન્ડરના આકારના ઢળેલા ટેબલ પર સુઇ રહેવાનું હોય છે. તમારા ડોક્ટર ઇમ્પ્લાન્ટ કરવામાં આવેલી તબીબી ડિવાઇસ, પેચ અથવા પેસમેકર વિશે જાણકારી ધરાવતા હોય તે સુનિશ્ચિત કરો.

□ માયોકાર્ડિયલ વોલ્યુમ ઓક્સિજન સ્ટ્રેસ ટેસ્ટ (એમવી ૦૨)

એમવી ૦૨ એ એક પ્રકારનો ટેસ્ટ છે જે શારિરિક કસરત દરમિયાન હૃદય સુધી ધમનીનો રક્ત પ્રવાહ પરોક્ષ રીતે દર્શાવે છે. આરામ દરમિયાન રક્ત પ્રવાહ સાથે સરખામણી કરવામાં આવે ત્યારે આ ટેસ્ટ હૃદયના ડાબા વેન્ટ્રીક્યુલર સ્નાયુની પેશી તરફ લોહીનું અસંતુલન દર્શાવે છે. હૃદયનો આ એવો ભાગ છે જે લોહીને પંપ કરવાનું મોટા ભાગનું કામ કરે છે.

□ પેપ સ્મીયર (માત્ર મહિલાઓ માટે)

સર્વિકલ કેન્સર માટે સ્ક્રીનિંગ ટેસ્ટ તરીકે અથવા પ્રજનન તંત્રની કોઈ પણ અસામાન્ય સ્થિતિ માટે પેપ સ્મીયર કરવામાં આવે છે. તમારા ડોક્ટર દ્વારા સર્વિક્સમાંથી પેશીઓના નમુના લેવામાં આવે છે.

□ પલ્મોનરી ફંક્શન ટેસ્ટિંગ (પીએફટી)

પીએફટી એ પરીક્ષણનું એક જૂથ છે જેમાં ફેફસાની કામગીરી માપવામાં આવે છે અને દર્દી કઈ રીતે શ્વાસ લે છે તેમાં સમસ્યા દર્શાવે છે. તે ફેફસાનો રોગ કેટલો આગળ વધ્યો તે પણ દર્શાવે છે, અથવા જુદી જુદી પ્રક્રિયા સામે તેનો પ્રતિભાવ દર્શાવે છે. આ પ્રક્રિયામાં તમારા મોઢાથી એક ટ્યુબમાં શ્વાસ લેવાનું હોય છે જેને સ્પાઇરોમીટર તરીકે ઓળખાતા મશીન સાથે જોડવામાં આવેલી હોય છે.

□ ક્વોન્ટિટેટિવ વેન્ટિલેશન પરફ્યુઝન સ્કેન (વીક્યુ સ્કેન)

વીક્યુ સ્કેન પરથી માપી શકાય છે કે કયા ફેફસામાં સૌથી વધુ રક્તપ્રવાહ આવે છે અને શ્વાસ લેતી વખતે કયા ફેફસામાં સૌથી વધુ હવા આપે છે. રેડિયોલોજી અભ્યાસ બે તબક્કામાં કરવામાં આવે છે. પ્રથમ પ્રક્રિયા દરમિયાન તમારી નસમાં કોન્ટ્રાસ્ટ પદાર્થ દાખલ કરવામાં આવે છે જે ફેફસાની ધમનીઓ અને નસોને પ્રકાશિત કરે છે. બીજી પ્રક્રિયામાં તમારે કોન્ટ્રાસ્ટ પદાર્થ શ્વાસમાં લેવાનો રહેશે.

□ ૬ મિનિટ વોક ડિસ્ટન્સ (એસએમડબલ્યુ)

એસએમડબલ્યુ એ કસરતની ટેસ્ટ છે જેમાં તમને છ મિનિટ માટે શક્ય હોય તેટલા અંતર સુધી શક્ય હોય તેટલી ઝડપથી ચાલવા માટે જણાવવામાં આવશે. તમારી સાથે એક કાર્ડિયોપલ્મોનરી રિહેબિલિટેશન એક્સરસાઇઝ ફિઝિયોલોજિસ્ટ અથવા એક નર્સ હશે અને તમને જરૂર પડે ત્યારે ઓક્સિજન આપશે. એક પલ્સ ઓક્સીમીટર દ્વારા તમારા ધબકારાના દર તથા ઓક્સિજનનું પ્રમાણ સતત માપવામાં આવશે. તમને છાતીમાં દુખાવો, પગમાં દુખાવો, શ્વાસ લેવામાં તકલીફ પડે અથવા થાક લાગે તો તમે પરીક્ષણ અટકાવી શકશો.

□ ટીઇઇ (ટ્રાન્સોસોફેજિયલ ઇકોકાર્ડિયોગ્રામ)

ટીઇઇ એ હૃદયનું ઇકોકાર્ડિયોગ્રામ પેદા કરવાની એક અલગ પદ્ધતિ છે. આ પ્રક્રિયામાં એક બહુ નાનકડા સાધનને ગળી જવાનું હોય છે જે ઇલેક્ટ્રોનિક ઇમેજ પેદા કરવા માટે સાઉન્ડ વેવ્સનો ઉપયોગ કરે છે. તમને આ ટેસ્ટ પહેલા કેટલાક કલાકો સુધી કંઈ પણ ખાવાની કે પીવાની મનાઈ કરવામાં આવશે.

□ ટીટીઇ (ટ્રાન્સથોરેસિક ઇકોકાર્ડિયોગ્રામ)

ટીટીઇ એ નોનઇનવેઝિવ ઇમેજિંગ ટેકનિક છે જેનો ઉપયોગ હૃદયના કક્ષમાં લોહીના પ્રવાહ પર નજર રાખવા માટે થાય છે. આ ટેસ્ટમાં તમારા સ્તનના હાડકા પાસે તમારી પાંસળીમાં એક સાધન મૂકવામાં આવે છે. આ સાધનની દિશા તમારા હૃદય તરફ હોય છે અને તમારા હાર્ટ બીટમાં હાઇ ફ્રિક્વન્સી ધ્વનિ તરંગોને મોનિટર કરે છે, જે તેમને વાંચી શકાય તેવા ઇલેક્ટ્રોનિક રિપોર્ટમાં રૂપાંતરિત કરે છે.

□ અલ્ટ્રાસાઉન્ડ

અલ્ટ્રાસાઉન્ડ ટેસ્ટનો ઉપયોગ નિદાન અથવા થેરેપ્યુટિક હેતુ માટે કરવામાં આવે છે. તેમાં સામાન્ય રીતે ૨૦થી ૪૫ મિનિટ લાગે છે અને તમારી ત્વચા પર જેલ લગાવેલી સ્ટીકને ફેરવવાની હોય છે. તમારા ડોક્ટરે કેવા પ્રકારના અલ્ટ્રાસાઉન્ડ માટે જણાવ્યું છે તેના આધારે તમને તૈયારી કરવા માટે જણાવવામાં આવશે. ઉદાહરણ તરીકે ટેસ્ટ અગાઉ ઓછામાં ઓછા ૮ કલાક માટે તમને કંઈ પણ ન ખાવા માટે જણાવવામાં આવશે.

તમારા હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે મૂલ્યાંકન ટેસ્ટીંગ – દર્દીની સૂચના

માયોકાર્ડિયલ વોલ્યુમ ઓક્સિજન સ્ટ્રેસ ટેસ્ટ (એમવીઓ ૨)

- ટેસ્ટથી બે કલાક અગાઉ નીચે જણાવેલી સૂચનાઓનું પાલન કરો:
 - કેફીન હોય તેવા પીણા પીવા નહીં.
 - કોઈ ખોરાક લેવો નહીં.
 - તમાકુના ઉત્પાદનોનો ઉપયોગ કરવો નહીં.
- કસરત ટેસ્ટના દિવસે તમે સામાન્ય રીતે લેતા હોવ તે દવાઓ લઈ શકો છો. તમે ઇન્સ્યુલિન લેતા ડાયાબિટિક હોવ અથવા મોઢેથી ડાયાબિટિસની દવાઓ લેતા હોવ તો તમારા નર્સ કોઓર્ડિનેટરનો સંપર્ક કરો. તેઓ તમને જણાવશે કે તમને ભૂખ્યા રહેવા જણાવાયું હોય તે દરમિયાન કઈ રીતે દવાઓ લેવી.
- તમે ચાલવા માટેના આરામદાયક શૂઝ પહેરો તે મહત્વનું છે, જેમ કે ટેનિસ શૂઝ.
- કસરતના પરીક્ષણ માટે ઢીલા કપડા સૌથી વધુ મહત્વના છે. (જેમ કે જિમ શોર્ટ્સ, ઢીલા બ્લાઉઝ અથવા શર્ટ જેમાં બટન અથવા ઝિપર આગળની બાજુએ હોય અને ઢીલા સ્વેટ પેન્ટ અથવા સ્લેક્સ).
- તમારી પાસે ડિફાઇબ્રિલેટર હોય તો તમારા સાધનના સેટિંગને જાણો.

તમારા હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ માટે મૂલ્યાંકન પરીક્ષણ – દર્દી માટે સૂચનાઓ

ક્રિયેટિન સાફ કરવા માટે ૨૪ કલાક પેશાબ એકત્ર કરવો

આ સૂચનાઓનું કાળજીપૂર્વક પાલન કરો:

- એક નાનકડું કલેક્શન ડબ્બો (કન્ટેનર) મેળવવા માટે પ્રિસ્ક્રિપ્શનને તમારી લોકલ લેબ પર લઈ જાવ.
- ૨૪ કલાકના કલેક્શન ગાળા દરમિયાન તમે નિયમિત રીતે જેટલું પ્રવાહી લેતા હોવ તેટલું જ પ્રવાહી લો, નહીંતર ડોક્ટરની સૂચના પ્રમાણે પ્રવાહી લો.
- ૨૪ કલાકના એકત્રીકરણના ગાળા દરમિયાન આલ્કોહોલનું સેવન કરશો નહીં.

એકત્રીકરણની સૂચનાઓ:

1. તમે સવારે ઉઠો ત્યારે તમારું મુત્રાશય ખાલી કરીને પેશાબ ફેંકી દો. તમે આવું કયા સમયે કર્યું તે લખો.
2. ત્યાર પછીના ૨૪ કલાક માટે તમે સ્થાનિક લેબમાંથી મેળવેલ કન્ટેનરમાં તમારું બધું પેશાબ એકત્ર કરો.
3. આગળના દિવસે તમે જે સમયે પેશાબનો નિકાલ કર્યો હોય તે જ સમયે અંતિમ પેશાબને એકત્ર કરવાનું રહેશે.
4. એકત્ર કરવામાં આવેલા પેશાબને ઠંડા રેફ્રિજરેટરમાં અથવા બરફ સાથે કુલરમાં રાખવાનું રહેશે.
5. ૨૪ કલાકનું પેશાબ એકત્રીકરણ પૂર્ણ થાય ત્યારે ડબ્બાના લેબલ પર તમારું નામ, તારીખ અને શરૂ કરવાનો તથા પૂર્ણ કરવાનો સમય લખો.
6. ૨૪ કલાકનો એકત્રીકરણ ગાળો પૂરો થઈ જાય ત્યાર બાદ તાત્કાલિક તમારા સેમ્પલ અને પ્રિસ્ક્રિપ્શન લઈ જાવ.

Transplant Medicine Frequently Asked Questions (FAQ)

Transplant pharmacists:

One of the most important factors influencing the outcome of a transplant procedure is your relationship with your pharmacist. Organ availability and other practical aspects of transplant surgery sometimes seem to dominate the conversation, but making a strong connection with your pharmacist is vital to maintaining and regaining your health throughout every stage of the process. And now that many patients are facing uncertainty regarding the availability and affordability of their medications, it's more important than ever to understand how we can all work together to make healing possible.

Every patient is different, but there are certain questions we hear quite often. If you have questions about the pharmaceutical aspects of transplant surgery, you may find an answer below - and you may think of more questions as well! Make notes and bring your list along with you the next time you visit with your transplant pharmacist. The value of an open honest relationship with your transplant cannot be overstated.

Will I have to take this medication for the rest of my life?

Yes. Almost everybody who receives a transplanted organ will need lifelong immunosuppressive therapy. Some patients may be able to reduce their dosage as time goes by in some cases, you may need additional medications to counteract undesirable effects of your main medications. Your doctor will collaborate to fine tune your medication regiment to your specific and changing needs.

What kinds of drugs will I get, and how do I take them?

This depends upon the type of transplant you receive, but when you leave the hospital, you'll probably be taking 12 to 15 new medicines at least three or four times a day. That may sound like a lot but the transplant team can teach you how to arrange your pill box so that you take the right medications at the right times.

After a while, your transplant medications needs may decrease. We generally settle on a core group of six medications to be taken three or four times a day.

We recommend that you fill your initial prescriptions before leaving the hospital. Be sure to plan ahead if you're going out of town or won't be able to get to your long term pharmacy in time to refill your prescriptions. It is vital that you continue to take your medications exactly as prescribed, without interruption. But if you find yourself stranded without your medication, you can call your transplant coordinator at any time of the day or night. The transplant team is always here for you, and we will help you get the medicine you need.

What about the medicines I already take, like blood pressure medication or my inhaler?

Depending on the organ you received, you may be able to discontinue some medicines unrelated to anti-rejection medication – for instance, if you received a new kidney, your high blood pressure may be better controlled, reducing the need for blood pressure medication. If your chronic condition contributed to your need for a transplant, the transplant surgery may correct the source of the underlying disease. It's something to discuss with your physician and your pharmacist. Never discontinue a drug without consulting your transplant team.

How can I learn more about managing my medications?

As an integral part of the transplant process, CIMS provides specialized patient education. During these sessions, dedicated transplant team nurse coordinators and pharmacists will teach you about your specific medications the side effects you can expect, and how taking them will affect your everyday life. We'll also explain how food and other medications figure into your schedule. We'll help you develop a strategy for ensuring that you're always prepared to take your medications at the right time.

Are there any natural remedies that can help?

No. The immune system is complex, and so is transplant surgery. Your drug regimen is tailored to your situation and every drug we prescribe has a specific job to do. "Natural" remedies may interfere with the action or interaction of your medications. Never take any over-the-counter or herbal remedy without checking with your pharmacist or transplant nurse coordinator.

There are natural actions you can take to help in recovery. Eat a healthful, balanced diet, and get the rest you need. Try to find ways to reduce stress in your life. If your doctor gives you the go-ahead, get an appropriate amount of exercise. Your new organ will adapt more quickly in a healthy environment, so do your best to keep your body in good working order.



સીમ્સ હોસ્પિટલ

રજી. ઓફિસ : પ્લોટ નં. 67/1, પંચામૃત બંગલોની સામે,
શુકન મોલની પાસે, સાયન્સ સીટી રોડ, સોલા, અમદાવાદ - 380060.
ફોન : +91-79-2771 2771-75 ફેક્સ : +91-79-2771 2770

એપોઈન્ટમેન્ટ માટે ફોન : +91-79-2772 1008

મોબાઈલ : +91-98250 66661 ઈમેલ : opd.rec@cimshospital.org

24 X 7 મેડીકલ હેલ્પલાઈન +91-70 69 00 00 00

સીમ્સ હોસ્પિટલની એપ્લિકેશન ઉપલબ્ધ છે



CIMS Hospital Pvt. Ltd. | CIN : U85110GJ2001PTC039962 | info@cims.org | www.cims.org

એમ્બ્યુલન્સ અને ઈમરજન્સી સેવાઓ : +91-98244 50000, 97234 50000

