

रोगी की जानकारी:

रोगी का नाम: Abid Hussain

आयु / लिंग: 40/M

प्रक्रिया का विवरण:

मुझे बताया गया है कि मुझे **व्हिपल्स प्रक्रिया (Pancreaticoduodenectomy)** नामक एक बड़ी शल्यक्रिया की आवश्यकता है, जिसमें अग्न्याशय (Pancreas) का सिरा, ड्यूडेनम (छोटी आँत का प्रारंभिक भाग), पित्त नली का हिस्सा और पित्ताशय (Gallbladder) को निकाला जाता है।

इस प्रक्रिया का उद्देश्य मेरे रोग (जैसे ट्यूमर, कैंसर, या अन्य अवरोधक रोग) का उपचार करना है।

संभावित लाभ:

- रोग से राहत या नियंत्रण की संभावना।
- पित्त या आँत के अवरोध से राहत।
- कैंसर होने पर रोग की प्रगति को रोकने की संभावना।

संभावित जोखिम और जटिलताएँ:

मुझे समझाया गया है कि यह एक जटिल शल्यक्रिया है और इससे निम्नलिखित जोखिम हो सकते हैं –

- रक्तस्राव (Bleeding)
- संक्रमण (Infection)
- शल्यक्रिया के बाद पित्त या अग्न्याशय के रस का रिसाव (Leakage)
- पाचन में कठिनाई
- फेफड़ों या हृदय से संबंधित जटिलताएँ
- मृत्यु का छोटा किंतु वास्तविक जोखिम

विकल्प (Alternatives):

मुझे यह भी बताया गया है कि यदि मैं यह शल्यक्रिया नहीं करवाना चाहता, तो

- अन्य चिकित्सा या पल्लियेटिव उपचार उपलब्ध हैं, लेकिन वे रोग को पूर्ण रूप से ठीक नहीं कर सकते।

गोपनीयता (Confidentiality):

मेरी सभी चिकित्सीय जानकारी, रिपोर्ट्स और शल्यक्रिया संबंधी विवरण गोपनीय रखे जाएंगे।

यदि मेरा मामला किसी अध्ययन में शामिल किया जाता है, तो मेरा नाम या पहचान सार्वजनिक नहीं की जाएगी।

अध्ययन में भागीदारी:

मुझे यह बताया गया है कि इस शल्यक्रिया के परिणामों पर एक **वैज्ञानिक अध्ययन/विश्लेषण** किया जा सकता है, जिसमें मेरी नैदानिक जानकारी का उपयोग केवल शोध उद्देश्यों के लिए किया जाएगा।
मैं समझता/समझती हूँ कि:

- मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है।
- मैं किसी भी समय अध्ययन से बाहर हो सकता/सकती हूँ।
- इससे मेरे उपचार पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

प्रश्न पूछने का अवसर:

मुझे मेरे सभी प्रश्नों के उत्तर दिए गए हैं, और मैं इस प्रक्रिया तथा इससे जुड़े जोखिमों को समझता/समझती हूँ।

सहमति:

मैं, Abid Hussain, यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे उपर्युक्त जानकारी पूरी तरह समझाई गई है और मैं **स्वेच्छा से इस शल्यक्रिया (व्हिपल्स प्रक्रिया)** के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।
मुझे यह भी ज्ञात है कि यह अध्ययन शैक्षणिक/वैज्ञानिक उद्देश्य से है, और मेरी पहचान गोपनीय रखी जाएगी।

नाम: Dr. Nikhil Gupta

हस्ताक्षर:

