



Doküman Kodu: HD.RB.043

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 2

Hastanın Adı, Soyadı:

Randevu Tarih ve Saati:

Doğum Tarihi:

Dosya no:

Cinsiyeti:

Sayın hasta /hasta yakını;

Bu belge ve açıklayıcı konuşma ile size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmasa karşılaşılabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

HASTALIĞIN TANIMI: Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ..... Sol..... gözünüze ameliyatı önerilmektedir. Bu ameliyat sırasında GÖZ KÜRESİ ALINACAĞI için GÖRME OLAMAYACAKTIR. Ameliyat sokette kozmetik rehabilitasyon, tümör eksizyonu veya fonksiyonel nedenlerle uygulanmaktadır. Bu amaçla hastanın kendisinden alınan greftler veya hazır implantlar kullanılabilir.

1.İŞLEM:tarafından yapılacaktır.

2.İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR: Hasta dokunun çevre dokulara zarar vermesini engellemek ve göz küresinin alınması.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Mevcut hastalık gözden beyne atlayabilir daha da ilerleyip daha geniş operasyon ve ameliyatlara ihtiyaç oluşturabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: İşlemin alternatifi yoktur.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 2. Göz arkasında kanama, 3. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar.

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Ameliyat sırasında kanama gelişebilir. Kanama genellikle ameliyat sırasında kontrol altına alınmasına rağmen ameliyat sonrasında da bir süre sızıntı tarzında da devam edebilmektedir. 2. Lokal anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında ağrı hissedilmesi olasıdır.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1.Erken dönemde ameliyat bölgesinde şişlik, morarma ve ağrı. 2. Ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişebilir. 3. Kullanılan dikiş materyaline greft veya implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir. 4. Göz arkası kanaması gelişebilir. 5. Tümör ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi. 6. Ameliyat sırasında yerleştirilen çeşitli ortezlerin vücut tarafından atılması. 7. Göz protezinin tekrar yapılması veya ayarlanması gerekebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: işlem ortalama 1 - 2 sürmekte herhangi komplikasyon sunucu işlem süresi uzamaktadır.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

10. HASTA ONAM (RIZA, İZİN)

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi / cerrahi tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımla planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşılabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Anestezi alacak hastalar için: Durumum aciliyet göstermediği sürece, işlemden önce anestezinin ayrıntılarını bir anestezi uzmanı ile tartışma fırsatım olduğu ve bunun için ayrı bir belge düzenleneceği bana anlatıldı.



Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:

KABUL EDİYORUM, KABUL ETMİYORUM.

HASTANIN ADI-SOYADI :

HASTA YAKINININ ADI-SOYADI :

İMZASI:

İMZASI:

11.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI:İMZASI.....

12 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/:

Not: Lütfen el yazınızla "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum " yazınız ve imzalayınız. (Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır)