Hasta Adı/Soyadı

Dosya No

Size uygulanacak tıbbi müdahaleyi ve yaşanması muhtemel riskleri(zararlı durumları) açıklayan bu form, okumanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız, hekiminizle yapacağınız aydınlatma görüşmesinde bilgilenmiş olmanız amacı ile size verilmektedir.

Size uygulanacak tıbbi müdahaleler şikayetlerinizi azaltabileceği veya yok edebileceği gibi tıp biliminin riskli yapısı nedeni ile, gereken tüm önlemler alınmasına rağmen, oluşması engellenemeyebilen bazı zararlı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Oluşma ihtimali bulunan bu zararlı sonuçları göze alarak önerilen tıbbi müdahaleyi kabul etmeniz (formu imzalayarak onay vermeniz/ rıza göstermeniz) halinde size, tıbbi uygulama (ŞAŞILIK ameliyatı) yapılacaktır.

Şimdi lütfen aşağıda yazılanları okuyun, değerlendirmelerinizi yapın ve anlayamadığınız yerlerle ilgili sorularınızı not alarak hekiminizle olan aydınlatma / bilgilendirme görüşmenizde hekiminizle paylaşın.

Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız, hazırlanan bu form sizin bildiğiniz bir dilde değilse ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

Aydınlatma / bilgilendirme görüşmesinden sonra uygulamanın gerçekleştirilmesini istiyorsanız; formdaki boşlukları doldurun, yazılanları okuyup anladığınızı ve kabul ederek onayladığınızı belirten şekilde formun her sayfasını imzalayın.

I-AYDINLATMA BİLGİSİ

1. **Hastalığın Tanımı:**

Şaşılık çoğunlukla çocukluk döneminde ortaya çıkan, göz hareketlerinde paralelliğin olmaması, bu nedenle her iki gözden gelen görüntünün beyinde tek bir görüntü haline getirilememesidir. Her iki göz ortak kullanılamadığı için kayan gözde göz tembelliği (ambliyopi) oluşmasına neden olur. Göz ve görme gelişimi açısından yetişkin dönemde (9 yaştan büyük kişilerde) göz hareketlerindeki paralelliğin kas felçleri sonrasında yitirilmesi durumunda çift görme ve/veya karışık görüntü görme gibi bulgular da eklenebilir.

2. **Hastalığın Muhtemel Sebepleri Ve Nasıl Seyredeceği Hakkında Bilgi:**

Şaşılığın kesin belirlenmiş bir nedeni yoktur. Ailesel geçiş gösterebilir. Erken doğum, travma (düşme, çarpma, kaza geçirme gibi), havale geçirme, yüksek sistemik kan basıncı, kontrol altında olmayan şeker hastalığı (Diabet), kafaiçi yer kaplayan kitle şaşılık gelişimine neden olabilir. Bazen yalnızca gözlük ihtiyacı nedeniyle hastanın gözü kayabilir. Gözlük gereksinimi daha önceki muayenelerinizde gözden geçirilmiştir.

3. **Tıbbi Müdahalenin Kim Tarafından Nerede, Ne Şekilde Yapılacağı Ve Tahmini Süresi Hakkında Bilgi**:

Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan ..... ameliyatının Dr..... ..... ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından .....Göz Kliniğinde gerçekleştirilecektir.

Şaşılık ameliyatının amacı, gözlerdeki kaymanın düzeltilerek, gözlerdeki paralelliğin sağlanması ve eğer varsa baş eğikliğinin düzeltilmesidir. Ameliyatın var olan binoküler görme (iki gözle tek görme) düzeyinizi korumak veya bazı durumlarda arttırmak gibi olumlu etkileri de vardır. Bu ameliyat sırasında gözün etrafındaki kaslara müdahale edilecek, kaymanın derecesi ve tipine göre bu kaslarda ayarlamalar yapılacaktır. Ameliyat laserle yapılmamaktadır. Yaklaşık olarak hastanın ameliyata hazırlanması, aneztezi uygulanması ve ameliyat ..... saat kadar sürmektedir.

Şaşılık ameliyatı görmenin artması veya göz tembelliğinin (ambliyopi) tedavisi için yapılan bir ameliyat değildir. Eğer ameliyat öncesinde göz tembelliğinin tedavisi yapılıyorsa, bu tedavinin ameliyat sonrasında da doktorunuzun önerileri doğrultusunda devam etmesi gerekmektedir. Uygulanan işlem sonrasında gözlük takmaya devam etmeniz gerekebilir. Ameliyat sonrasında gözlük numaralarında ayarlama yapılması

gerekebilir.

4. **Uygulanacak Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi:**

Ameliyat sırasında genellikle genel anestezi kullanılmaktadır. Ancak bazı erişkin hastalar için lokal **anestezi/sedasyon anestezisi yeterli olabilmektedir.** Durumunuzun hangi tip anestezi için uygun olduğu yapılacak muayeneler sonucu belirlenecek ve önerilen anestezi türü ile ilgili anestezi hekimi tarafından size bilgi sunulacaktır. Bu konuda açıklanmasını istediğiniz her türlü konuyu anestezi hekimine sorabilirsiniz.

5. **Diğer Tanı Ve Tedavi Seçenekleri Ve Bu Seçeneklerin Getireceği Fayda Ve Riskler İle Hastanın Sağlığı Üzerine Muhtemel Etkileri:**

Şaşılık cerrahisine alternatif olarak bazı tür kaymalarda Botulinium toksini (pürifiye botulinum toksin A) uygulanabilir. Botilinium toksini, Clostridium botulinum adlı bakteri tarafından üretilen protein yapılı bir maddedir. Botulinum toksininin göz adalelerine enjekte edilmesiyle, enjeksiyon yapılan kasta felç, karşı yönde etki gösteren kasta (antagonist) ise aşırı kasılma elde edilmesi ve bu sayede gözün orta hatta tutulması amaçlanmaktadır. Toksin yapılan kas yönündeki göz hareketlerinde geçici olarak kısıtlılık olabilir. Etkisi geçici olduğundan enjeksiyonun tekrarı gerekebilmektedir. Botox uygulamasının başarı şansı düşük açılı kaymalarda, akut kas felçlerinde, karşıt kasa uygulamalarda, belli dönemlerde tekrarlayan sabit olmayan kaymalarda (siklik ezotropya), tiroid hastalığına bağlı kas tutulumlarında (tiroid oftalmopati) gibi hastalıklarda daha yüksektir.

6. **Tedavi Komplikasyonları (istenmeyen ama oluşabilen zararlı sonuçlar) ve Riskleri:**

Ameliyat sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: enfeksiyon, çift görme, alerjik reaksiyonlar, gözün iğne geçişi sırasında delinmesi, göz kapağında pozisyon ve yapı değişiklikleri, kasın kaçması gibi problemlerle karşılaşılabilinir ancak bunların büyük bir kısmının tedavisi, cerrahi sırasında veya sonrasında mümkündür.

İyileşme sürecinde olası sorunlar: Yaklaşık 7-10 gün süren kızarıklık, batma, erişkinde çift görme olabilir.

Şaşılığın tekrar etmesi ve/veya tedaviye beklenen yanıtın alınamaması durumunda tedavinin tekrarlanması gerekebilir.

Şaşılık cerrahisinin başarı şansı yüksek olmasına karşın bazı hastalarda gözdeki kayma aynı yöne veya ters yöne tekrarlayabilir, cerrahi sonrası arta kalan kayma olabilir ve ikinci veya üçüncü kez ameliyat gerekebilir. Şaşılık ameliyatından sonra aynı yöne veya ters yöne kayma olması durumunda tekrar tedavi olanağı bulunmaktadır.

7. **Anestezi Tekniği Ve Buna Ait Gelişebilecek Komplikasyonlar**

Uygulanacak işlem genel/lokal/sedasyon/topikal anestezi altında uygulanabilir. Genel anestezi altında ameliyat olabilmeniz için sistemik açıdan engel bir rahatsızlığınızın olmaması gerekmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi bazı tetkikler yapılacak, anestezi hekimi veya gerek görüldüğünde dahiliye/çocuk hastalıkları/kardiyoloji/nöroloji gibi hastalıklarınızla ilgili uzmanlar tarafından ameliyata onay verilecektir.

Genel anestezi uygulamalarında daha sık olmakla beraber her tıbbi müdahale sırasında kalp, akciğer ve beyin fonksiyonlarında bozulma olabilir, hayati tehlike ve ölüm izlenebilir. Genel vücut sağlığı ile görme duyusu ve gözü tehdit eden önemli zararlar çok nadir de olsa görülebilir.

Lokal anestezi ile yapıldığında da işlem sırasında yapılan iğne ile göz ve/veya arkasındaki damarlarda zedelenme veya anestezik ilaç ile görme sinirinde hasar oluşabilir, anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon görülebilir, göz arkasında kanama gelişebilir.

8. **Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri Hakkında Bilgi:**

Bu ameliyat yapılmazsa, gözünüzdeki kayma ve / veya hareket kusurunun, ilaç veya gözlük tedavisiyle ya da kendiliğinden düzelmesi beklenmemektedir. Ek olarak çocukluk çağında izlenen kaymalarda önerilen ameliyat kabul edilmediği taktirde göz tembelliği riski taşımaktadır.

Cerrahi yapılmama durumunda kayma aynı şekilde devam edecek veya zayıf kasın giderek daha zayıflaması nedeniyle kayma artacaktır.

9. **Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:**

Ameliyat sonrası antibiyotik ve steroid içeren göz damlalarını hekiminizin uygun gördüğü doz ve sürede kullanmanız gerekecektir. Her ilaç kullanımında olduğu gibi genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir veya ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir.

10. **Sağlığı İçin Kritik Olacak Yaşam Tarzı Özellikleri Hakkında Bilgi:**

Bu süreler ortalama sürelerdir. Hastanın klinik durumuna göre ve hekimin önerisine göre değişebilir.

Ameliyat sonrası :

Yıkanma:...1.... hafta

Okula geri dönüş: tercihen ..4...gün.

Kum havuzu gibi oyun alanlarına gidebilme:1 ay sonra

Spor aktiviteleri:.1..... ay sonra(takım sporları, yakın temas olanlar)

Yüzme : 4-6 hafta sonra

Kontakt lens kullanma : ...1.... ay sonra başlanabilir

11. **Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:**

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize baş vurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: .....) aracılığıyla tanı/tedaviyi gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür

Bireysel Riskler:

.....**..**

II-ONAM (RIZA/İZİN)

Yapılacak müdahaleye ilişkin;

1. Doktorum tarafıma hastalığımın açıkça tanımını yaptı.
1. Hastalığımın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği konusunda bilgilendim.
2. Tıbbi müdahalenin tarafıma kim tarafından nerede, ne şekilde yapılacağı ve tahmini süresi ve maliyeti açıkça anlatıldı.
3. Hastalığımın diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile bu uygulamaların sağlığım üzerine muhtemel etkileri konusunda bilgilendirildim.
4. Bu tıbbi uygulama sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ayrıntıları ile anlatıldı.

5. Bana önerilen tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve olası riskler konusunda bilgilendirildim.
6. Tıbbi müdahale ve tedavim sırasında kullanılacak ilaçların önemli özellikleri bana açıkça anlatıldı.
7. Tedavide istenen başarıya ulaşmak için sağlığım için kritik olacak yaşam tarzı özelliklerinin neler olduğu, ve yine tedaviyi tamamlayacak uygulamalar konusunda açıkça bilgilendirildim.
8. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğim tarafıma ayrıntıları ile anlatıldı.
9. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği anlatıldı.
10. 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 konusunda bilgilendirildim.
11. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim açısından bilgi sahibi oldum.

Tarafıma yapılacak .....ameliyatı sırasında ve sonucunda oluşabilecek yukarıda anlatılan zararlı sonuçları da göze alarak, başkaca açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum, anladım ve Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan ..... ameliyatının Dr. ..... ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine ..... (hastanın el yazısı ile: kendi rızamla izin veriyorum).

Doktorumun işlem sırasında durum tespit etmek amacı ile fotoğraf ve/veya video tarzında görüntü kayıtları yapma gereği duyması halinde hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dökümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere doktorum tarafından saklanmasını kabul ediyorum.

Bu doküman .... Sayfadır.

.....OKUDUM ANLADIM SORUM YOK..... [h6]

Tarih: .....

HASTANIN:

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN (anne ve babanın)/ÇEVİRMENİN

Adı-Soyadı: .....Adı-Soyadı.....

İmza: .....İmzası.....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve

faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hastanın ve yakınlarının anlatılanları anladığına (aydınlandığına) kanaat getirilmiştir. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Doktorun

Adı-Soyadı .....İmzası:..... Tarih:

Şahit

Adı-Soyadı:.....İmzası..... Tarih:

(Tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)