Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

Sayın hasta /hasta yakını;

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

HASTALIĞIN TANIMI:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ..... Sol..... gözünüze ..... ameliyatı önerilmektedir.

Kapak cerrahisi; kapak şekil bozuklukları (kapak düşüklüğü, kapağın içe veya dışa doğru dönmesi, kirpik dönmesi, kapakların yetersiz kapanması) kapak tümörleri ve kozmetik nedenlerle uygulanmaktadır. Bu cerrahiler cilt yolu veya konjonktiva yolu ile uygulanabilmektedir. Bazı olgularda daha iyi sonuç alınabilmesi için kişinin kendisinden alınan greftler veya hazır implantlar kullanılabilir.

1.İŞLEM:.....tarafından yapılacaktır.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Kapak şekil bozuklukları (kapak düşüklüğü, kapağın içe veya dışa doğru dönmesi, kirpik dönmesi, kapakların yetersiz kapanması) kapak tümörlerinin alınması ve kozmetik olarak düzelmenin sağlanması

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Göz kayıplarına neden olabilir, Genel görünümde bozukluklar oluşabilir, gözün enfeksiyon kapmasına ve iyi sulanmamasına neden olur, Tümörler temizlenmezse beyin ve komşu dokulara yayılabilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Cerrahi operasyon dışında alternatifi yoktur**.**

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

1. Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz kapağı ve çevresine anestezi amacıyla yapılan ciltaltı enjeksiyona bağlı morarma ve şişlik, 2. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 3. Göz arkasında kanama, 5. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar.
2. Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. İğne anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında az da olsa ağrı hissedilmesi olasıdır. 2. Ameliyat sırasında nadiren gözün açık kalmasına bağlı olarak kornea tabakasında epitel defekti oluşabilmektedir.
3. Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1.Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma. 2. Kesi yerinde enfeksiyon gelişebilir. 3. Kullanılan dikiş materyaline, greft ve implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir. 4. Fonksiyonel ve anatomik başarının tam sağlanamaması. 5. Kapak şekil bozukluğu 6. Tedaviye rağmen hastalığın tekrarlaması. 7. Kapak tümörü ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya tekrarlaması.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ortalama 15 dakika ila 2 saat arasında sürmekte herhangi bir komplikasyon sonucu süre uzayabilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: ..... Saat sürmektedir.

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.
- Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabilineceği 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 YAKININ 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)