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 (..... 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 Hakkında Bilgi:**

Doktorunuza göz kapağı cerrahisi için başvurmuş durumdasınız. Kapak cerrahisi doğumsal veya kazanılmış kapak şekil bozuklukları (blefaropitozis-kapak seviyesinin düşüklüğü, entropion-kapak kenarının ve kirpiklerin göz içine doğru dönmesi, ektropion-kapak kenarı ve kirpiklerin gözden uzaklaşacak şekilde dışarı doğru dönmesi, kapak kolobomu-göz kapaklarının yokluğu, trikiazis-kirpiklerin göze batması, distikiazis-kapak kenarında bir sıradan fazla kirpik sırası olması, lagoftalmus-göz kapağının göz yüzeyini örtememesi ve gözün açıkta kalması vb), kapak tümörleri travmaları, enfeksiyonları ve kozmetik nedenler ile yapılmaktadır.

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

Kozmetik cerrahi dışında fonksiyonel nedenler ile (doğumsal veya kazanılmış kapak şekil bozuklukları (blefaropitozis-kapak seviyesinin düşüklüğü, entropion-kapak kenarının ve kirpiklerin göz içine doğru dönmesi, ektropion-kapak kenarı ve kirpiklerin gözden uzaklaşacak şekilde dışarı doğru dönmesi, kapak kolobomu-göz kapaklarının yokluğu, trikiazis-kirpiklerin göze batması, distikiazis-kapak kenarında bir sıradan fazla kirpik sırası olması, lagoftalmus-göz kapağının göz yüzeyini örtememesi ve gözün açıkta kalması vb) , kapak tümörleri travmaları, enfeksiyonları) başvuran hastalarda hastalığın şiddeti ve göz ile olan etkileşimi sürecinde seyir kişiye göre değişiklik gösterebilir. Bu süreçte kapak fonksiyon bozuklukları, doku kaybı, göz rahatsızlığının tabloya eklenmesi ve buna bağlı göz kaybı, tümöral sürecin ilerlemesi çevre dokulara ve kan elemanları ile yayılım, hayati risk ve ölüm gerçekleşebilir.

3. Tıbbi müdahale .....tarafından, ... hastanesi/kliniğinde yapılacaktır. Tıbbi müdahalenin tahmini süresi .....dk/saat dir.

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

Tıbbi müdahale genel / lokal / sedasyon / topikal anestezi altında yapılabilir.

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

Kozmetik cerrahinin alternatifi olarak dolgu, Botox uygulamaları, lazer cilt uygulamaları mevcut olup avantajı medikal anlamda kozmetik rehabilitasyonu sağlamalarıdır. Ancak her hastaya uygulama şekli ve endikasyonu farklılık gösterir. Fonksiyonel kapak hastalıklarında çoğu zaman cerrahi olarak düzeltilir. Bu olgularda göz yüzeyinin sağlığının bozulduğu olgularda suni gözyaşı, antibiyotikli damla ve merhemler ile kısmi düzelme sağlanabilir. Tümör olgularında radyoterapi, kemoterapi gibi alternatifler mevcut olup genellikle cerrahi tedavinin yetersiz veya uygulanamayacak olgularda tercih edilir. Bu tedavi yöntemlerinin göz ve sistemik vücut sağlığına yan etkileri vardır, körlük, hayati risk ve ölüm getirebilir.

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

Bu cerrahiler cilt yolu veya konjonktiva yolu ile uygulanabilmektedir. Bazı olgularda daha iyi sonuç alınabilmesi için kişinin kendisinden alınan greftler, flepler veya hazır implantlar kullanılabilir. Bu tedavi süreinde göz kapağında ve çevresinde kanama, şişlik ve morarma. Cerrahi insizyon bölgesinde enfeksiyon. Kullanılan dikiş materyaline, greft ve implanta bağlı enfeksiyon, inflamasyon veya atılım. Fonksiyonel ve anatomik başarının tam sağlanamaması. Yetersiz veya fazla düzeltme, kapak şekil bozukluğu, kirpik kaybı. Göz kapağının tam kapanamaması (lagoftalmus). Tedaviye rağmen hastalığın tekrarlaması (nüks etmesi). Kapak tümörü ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi, ek tedavi gerektirmesi. Kapakta nedbe (skar) dokusu oluşması. Gözde kızarıklık, kornea hasarı, görme azalması/kaybı izlenebilir

7. **Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi**

Uygulanacak işlem genel/lokal/sedasyon/topikal anestezi altında uygulanabilir. Genel anestezi uygulamalarında daha sık olmakla beraber her tıbbi müdahale sırasında kalp, akciğer ve beyin fonksiyonlarında bozulma ve hayati tehlike ve ölüm izlenebilir. Genel vücut sağlığı ile görme duyusu ve gözü ve tehdit eden önemli zararlar çok nadir de olsa görülebilir. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sağlık sorunları gelişebilir.

8. **Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskler**

Pitozis olgularında göz tembelliği (ambliyopi) gelişebilir. Kapak şekil bozuklukları göz yüzeyi ve kornea hasarına yol açabilir. Kapak tümörleri çevre ve uzak dokulara yayılarak gözü ve hayatı tehdit edebilir.

9. Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri Hakkında Bilgi:

Her ilaç kullanımında genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir ve ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir. Kullanılan ilaçlarda görülecek yan etkiler ilaç kullanma prospektüslerinde belirtilmiştir.

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

Kapak cerrahileri sonrası kapakda şişlik morarma kanama izlenebilir. Bu süreçte doktorunuzun önerileri doğrultusunda soğuk uygulama, ödem ve ağrı yönelik tedaviler gerekebilir. Yapılan işlemin ciddiyetine göre

iş güç kaybı olabilir. Doktorunuzun önerileri doğrultusunda su ile teması bir süre kısıtlamak gerekebilir.

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 ameliyatı 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.

II- BİREYSEL RİSKLER:

Örn:

III-ONAM (RIZA/İZİN)

Yapılacak müdahaleye ilişkin;

1. Doktorum tarafıma hastalığımın açıkça tanımını yaptı.
2. Hastalığımın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği konusunda bilgilendim.
3. Tıbbi müdahalenin tarafıma kim tarafından nerede, ne şekilde yapılacağı ve tahmini süresi ve maliyeti açıkça anlatıldı.
4. Hastalığımın diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile bu uygulamaların sağlığım üzerine muhtemel etkileri konusunda bilgilendirildim.
5. Bu tıbbi uygulama sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ayrıntıları ile anlatıldı.
6. Bana önerilen tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve olası riskler konusunda bilgilendirildim.
7. Tıbbi müdahale ve tedavim sırasında kullanılacak ilaçların önemli özellikleri bana açıkça anlatıldı.
8. Tedavide istenen başarıya ulaşmak için sağlığım için kritik olacak yaşam tarzı özelliklerinin neler olduğu, ve yine tedaviyi tamamlayacak uygulamalar konusunda açıkça bilgilendirildim.
9. Doktorlarımın planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğim tarafıma ayrıntıları ile anlatıldı.
10. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği anlatıldı.
11. 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.
12. 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.....

Tarih : .....

HASTANIN

Adı-Soyadı : .....

İmza : .....

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN / ÇEVİRMENİN

Adı-Soyadı : .....

İmza : .....

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 : .....

ŞAHİT (tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)

Adı-Soyadı : .....

İmzası : .....

Tarih : .....