Hasta Adı/Soyadı **Dosya No** **Tarih**

…….. ……. …….

Size veya hastanıza 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 çıkabilir. Oluşma ihtimali bulunan bu zararlı sonuçları göze alarak önerilen tıbbi müdahaleyi kabul etmeniz (formu imzalayarak onay vermeniz/rıza göstermeniz) halinde, size bu tıbbi tedavi yapılacaktır.

Şimdi lütfen aşağıda yazılanları okuyun, değerlendirmelerinizi yapın ve anlayamadığınız yerlerle ilgili sorularınızı not alarak hekiminizle yaptığınız 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.

Size veya hastanıza uygulanacak tedavi 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. Anlamadığınız konuları anlatması için hekiminize veya başka göz hekimlerine sorabilirsiniz veya bilgi edinmek için başka yollardan da araştırabilirsiniz.

…….Hastanesi Göz Kliniğine sizin/çocuğunuzun gözünüzdeki rahatsızlığın tanı ve tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Yapılan muayene ve tetkik sonucu sizin/çocuğunuzun SAĞ (……)/SOL(……) gözünde MİYOPİ ve/veya MİYOPİK ASTİGMATİZMA olduğu tespit edilmiştir. Bu kırma kusurları, yaşla birlikte ilerleyici olabilen ve göz sağlığı açısından aşağıda açıklanan riskleri taşıyan durumlardır. Bu kırma kusurunun ilerlemesini durdurmak veya yavaşlatmak amacıyla, SAĞ(……) / SOL(……)göze gece yatmadan önce bir damla damlatacak şekilde düşük doz **ATROPİN (%0.01-%0.05 arasında)** tedavisine gereksinim duyulmuştur. Buna onam vermeniz durumunda tedaviye başlanacaktır. Bu form ile tedaviyle ile ilgili yaşanması muhtemel olan yan etkiler hakkında bilgilendirilmektesiniz.

Düşük Doz Atropin Nedir ve Ne İşe Yarar?

Ülkemizde halen hazır halde bulunmayan, eczanelerde Atropin ampullerden ve suni gözyaşı damlalarının karışımından %0,01-%0.05 arasındaki konsantrasyonlarda hazırlanacak olan bir damladır. Hangi konsantrasyonda hazırlanacağı tedaviyi başlayan hekimce karar verilecek ve reçetelendirilecektir. MİYOPİ normal seyrinde yaşla birlikte ilerleyici olabilen bir kırma kusurudur. Birçok ülkede yapılan ve bazılarının halen de devam etmekte olduğu çalışmalarda, Atropin damla ile MİYOPİ'nin ilerlemesinin yavaşlatıldığı gösterilmiştir. Size veya çocuğunuza, Atropin damla miyopinin ilerlemesini yavaşlatmak amacıyla başlanacaktır. Kullanım süresine ve uygulama sıklığına tedaviye başlayacak hekim karar vermekle birlikte, damlanın kullanımına 16-18 yaşına kadar devam etmek gerekebilir. Uygulama sıklığı, gece yatmadan önce bir damla şeklindedir.

Düşük Doz Atropin Damlanın Yan Etkileri

Nadir de olsa görülebilecek en sık yan etkiler: pupillada (göz bebeğinde) büyüme, yakın görmede zorlanma, ağız kuruluğu, huzursuzluk, gözyaşı yapımında azalma, halüsinasyon, kabızlık, taşikardi (kalp hızında artış), idrar tutulması, ciltte ve yanaklarda kızarıklık, ateş. Bu yan etkiler, daha çok yüksek doz (%1) Atropin damlaların kullanımında görülebilecek olan yan etkilerdir. Düşük doz Atropin damlalarının kullanımında, bu yan etkiler oldukça nadirdir veya görülmeyecektir. Herhangi bir yan etki bildirmeniz durumunda doktorunuz gerekirse tedaviye son verebilecektir.

Miyopinin İlerlemesi ile Oluşabilecek Komplikasyonlar

Miyop olan kişilerde glokom, katarakt, retina dekolmanı, makulada (sarı nokta) koroidal neovaskülarizasyon (koroid denen damar tabakasında yeni damar ağı oluşması) gibi görmeyi etkileyen göz rahatsızlıkları normal bireylere göre daha fazla görülmektedir. Bu riskler düşük miyoplarda da (-3.00 D altında) olmakla birlikte özellikle yüksek miyoplarda daha fazladır.

Uygulanacak tedavinin (düşük doz **ATROPİN** damla, gece yatmadan önce bir damla) yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra önerilen tedaviye rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

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

‘Tarafımıza yapılan sözlü ve yazılı açıklamaları anladım / anladık ve yeterli olduğuna karar verdim / verdik. Bilgilendirme formunda yazan ve doktorumuz veya ekibi tarafından anlatılan ve istenmeyen zararlı sonuçları göze alarak benim / çocuğumuzun SAĞ(…) / SOL (…) gözüne uygulanması planlanan, günde bir defa düşük doz ATROPİN (%…) damlanın, Dr…… veya birlikte çalıştığı ekibi tarafından başlanmasına, ayrıca daha sonra ortaya çıkabilecek durumlarda yapılacak tüm tedavilere hiçbir baskı altında kalmadan kendi rızamla onay veriyorum / veriyoruz.’

Bu formu onaylamanız, hekiminizden konu ile ilgili bilgi aldığınız anlamına gelmektedir.

Hastanın Adı-Soyadı:…… İmzası…… Tarih:

Hastanın Anne-Babası veya Vasisi (Yakınlık derecesi belirtilerek)

Adı-Soyadı:…… İmzası…… Tarih:

Şahit Adı-Soyadı:…… İmzası…… Tarih:

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

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan; hastalığı, yapılacak olan tedavi, bu tedavinin nedeni ve faydaları, tedavi sonrası beklenen riskler, faydalar ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hastanın ve yakınlarının anlatılanları anladığına (aydınlandığına) kanaat getirilmiştir. Hasta/hasta yakını, tedaviye yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Doktorun Adı-Soyadı :…. …… İmzası:…… Tarih: