Hasta Adı/Soyadı:

Dosya No:

Size uygulanacak tıbbi müdahaleyi ve yaşanması muhtemel riskleri (muhtemel 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 (PARS PLANA LENSEKTOMİ ve/veya GÖZ İÇİ LENS İMPLANTASYONU) 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

Pars Plana Lensektomi Neden Gereklidir?

Bu ameliyatın amacı, mevcut olan kesifleşmiş ve görme bozukluğuna neden olan merceğin alınması ve bu sayede görme artışı sağlanmasıdır. Gerekli olduğu durumlarda alınan mercek yerine aynı seansta ya da daha sonra ikinci bir ameliyat ile yapay göz içi mercek konulabilmektedir. Bir çeşit katarakt ameliyatıdır. Bebek ve küçük çocuklarda ve özellikli bazı durumlarda yetişkinlerde de uygulanan bir katarakt cerrahisi yöntemidir.

Pars Plana Lensektominin Kim Tarafından, Nerede, Ne Şekilde Yapılacağı ve Tahmini Süresi Hakkında Bilgi:

Pars plana lensektomi, ameliyathanede göz hekimi ..... veya onun gözetimindeki bir asistan / uzmanlık öğrencisi yapılacaktır.

Ameliyat öncesinde göz bebeğinin büyütülmesi için damlalar damlatılacaktır. Daha sonra gözün konjonktiva tabakası açılarak sklera denilen kalın beyaz tabakadan mercek arkasına ulaşılarak, katarakt temizlenmektedir. Aynı seansta yapay mercek konulacak ise ayrı bir kesi yolu ile ön kamaraya girilip, mercek yerleştirilecektir.

Ameliyat süresi yaklaşık 45-60 dakika arasında değişmektedir.

Çocukluk çağında katarakt cerrahisinin ameliyat başarısı görsel sonuç açısından erişkin çağa göre daha düşüktür ve komplikasyonlar (istenmeyen sonuçlar) nispeten daha sık görülür.

Uygulanacak Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Bu cerrahi uygulama ameliyathanede çocuk hastada genel anestezi altında gerçekleştirilmektedir. Erişkin hastada lokal anestezi altında da gerçekleştirilebilir. Çocuk hastada her iki gözde de katarakt mevcut ise tek seansta her iki göz de ameliyat edilebilmektedir.

Lokal anestezi özel iğnelerle gözün arkasına ve etrafına anestezik ilacın verilmesi şeklinde yapılacaktır.

Lokal anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile

zedelenme, 2. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, 3. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 4. Göz arkasında kanama

Genel anestezi ile ilgili bilgiler anestezi uzmanı tarafından verilecektir; bu konu ile ilgili anestezi doktorunuzla görüşmeniz gereklidir.

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

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Kesi yapılırken kanama, 2. Dokularda delinme ya da zedelenme, 3. Göz içi basıncının aniden ve fazla düşmesine bağlı olarak gözün damar tabakasında ayrılma ya da kanama

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Ameliyatta oluşturulan kesi yerlerinden göz içi sıvısı sızması, 2. Erken ya da geç dönemde göz içi basıncı yüksekliği (glokom), 3. Enfeksiyon, 4. Göz tembelliği, 5. İleri refraksiyon kusuru (gözlük ya da kontakt lens kullanma gerekliliği), 6. Retina tabakasında ayrılma.7. Göz bebeğinde şekil değişikliği. Bazı durumlarda komplikasyonlara bağlı olarak kalıcı görme veya gözün kaybı nadir de olsa gelişebilir.

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

Pars plana lensekomi tedavisi göz içi merceğin kırma fonsiyonlarının bozulması veya şekil ve saydamlığındaki değişiklikler nedeniyle uygulanmaktadır. Bu tablonun tedavisinde ek cerrahi uygulamalar arasında size önerilen tedavi dışında bilileri ve olası fayda ve riskleri hekiminizden öğrenebilirsiniz. Bu formu onayladığınızda bu bilgileri edinmiş kabul edilirsiniz.

Pars Plana Lensektomiyi Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri Hakkında Bilgi:

Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda görme kaybı yaşanacaktır. Zamanında ameliyat olunmaması durumunda ise göz tembelliği gelişme riski özellikle çocuk hastalarda oldukça yüksektir. Göz tansiyon yüksekliği ya da kataraktın erimesine bağlı ciddi göz içi enflamasyonları/ iltihapları gelişebilir.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri Hakkında Bilgi:

İşlem sonrasında hekiminizin vereceği damlaları düzenli olarak kullanmanız gerekmektedir.

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-ONAM (RIZA/İZİN)

Yapılacak müdahaleye ilişkin;

Doktorum tarafıma yapılacak tıbbi müdahalenin açıkça tanımını yaptı.

Tıbbi müdahalenin tarafıma kim tarafından nerede, ne şekilde yapılacağı ve tahmini süresi ve maliyeti

açıkça anlatıldı.

Bu tıbbi uygulama sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ayrıntıları ile anlatıldı.

Bana önerilen tanı yöntemini reddettiğim zaman ortaya çıkabilecek olası riskler konusunda bilgilendirildim.

Tıbbi müdahale sırasında kullanılacak ilacın önemli özellikleri bana açıkça anlatıldı.

Doktorlarımın planladıkları girişimde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğim tarafıma ayrıntıları ile anlatıldı.

Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği anlatıldı.

Tarafıma yapılacak PARS PLANA LENSEKTOMİ ve/veya GÖZ İÇİ LENS İMPLANTASYONU 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 PARS PLANA LENSEKTOMİ ve/veya GÖZ İÇİ LENS İMPLANTASYONU 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 : .....