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 (**LAZER İRİDOTOMİ**) 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. **İşlemin Tanımı, Hakkında Bilgi:** Göz içinde iris (gözün renkli kısmı) ve korneanın (göz önündeki parlak kısım) birleştiği köşede, trabeküler ağ denen bir doku bulunur. Trabeküler ağ normalde göz içi sıvısını dışarı aktarır ve göz içi basıncının normal sınırlarda olmasını sağlar. İris, trabeküler ağa temas edip önünü kapatarak, göz içi sıvısının göz dışına akmasını azaltabilir. Ayrıca göz bebeğinin göz merceğine yapışması ile gözün arka odacığından gözün ön odacığına göz içi sıvısının akması engellenebilir. Bu durumlara bağlı olarak, ani göz içi basıncı artışı yani akut glokom krizi oluşabilir. Göz içi basıncında ani artışları önlemek için iriste (gözün renkli kısmında) lazer ile delik açma işlemine lazer iridotomi işlemi yapılır.

2. **Hastalığın Muhtemel Sebepleri Ve Nasıl Seyredeceği Hakkında Bilgi:** Dar açılı glokom gelişmesi birçok faktöre bağlıdır. Göz yapısının yapısal olarak küçük olmasına bağlı ön kamara açısının dar olmakta ve açı göz bebeğini genişleten karanlıkta kalma, ilaç kullanımı vs gibi durumlarda irisin trabeküler ağın önünü tıkaması veya üveit (göz içi iltihabı) gibi hastalıklara bağlı olarak irisin lense yapışması ile meydana gelir. Göz içi basıncı 70-80 mmHg'ye yükselir ve 5-6 saat gibi kısa sürede düşürülmezse körlükle sonuçlanan gözün acil hastalığı olan akut glokom krizine sebep olur.

3. **Tıbbi Müdahalenin Kim Tarafından Nerede, Ne Şekilde Yapılacağı Ve Tahmini Süresi Hakkında Bilgi:** Lazer iridotomi göze damla damlatılarak uyuşturulması ile muayenede de kullanılan biyomikroskop muayene aletine monte edilmiş lazer cihazında, poliklinik benzeri ortamlarda yapılır. Hasta topikal anesteziyi takiben lazer cihazı önüne oturtulur. İşlemin rahat yapılması için, içine kaygan ilaç konan bir mercek göze yerleştirilir. Işık işlemin yapılacağı yare odaklanır ve yaklaşık 0,5 mm çapındaki doku lazer ışınları ile ortadan kaldırılır. İşlem çok kısa sürer ve ağrısızdır. Böylece açılan delikten sıvı arka odacıktan ön odacığı rahatlıkla geçer, ve trabeküler ağın da önü açıldığından, göz dışına sıvı akımı sağlanır ve böylece göz içi basıncının düşürülmesi ile göz sinirindeki hasarın önlenmesi amaçlanır. Ameliyat hastanemiz Lazer odasında topikal Anestezi altında Dr. ..... tarafından ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları/ uzmanlık öğrencileri tarafından yapılacak olup, işlem yaklaşık 3-5 dakika arasında sürmektedir.

4. **Uygulanacak Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi:** Topikal anestezi göze damla damlatılması ile uyuşturularak sağlanır. Kullanılan ilaçlara alerji vs yoksa genellikle bir soruna sebep olmaz. Hastanın bilinci açıktır. Gözde işlem için yeterli anestezi, uyuşma sağlar. 10-15 dakika sonra etkisi kaybolur.

5. **Diğer Tanı Ve Tedavi Seçenekleri Ve Bu Seçeneklerin Getireceği Fayda Ve Riskler İle**

Hastanın Sağlığı Üzerine Muhtemel Etkileri Hakkında Bilgi: Dar açılı glokom olgularında akut glokom krizinden korunmak için proflaktik olarak, akut glokom krizi gelişen olgularda tedavi etmek amacıyla lazer iridotomi yapılır. Lazer iridotominin alternatifi cerrahi iridektomidir. Cerrahi iridektomi, cerrahi işlem olması, enfeksiyon, katarakt gelişimi, yara yeri iyileşme problemlerine neden olabilir ve daha pahalıdır. Ayrıca işlemin iyileşme süreci vardır. Ancak üveitik glokom hastalarında açık kalma oranı daha yüksektir.

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

Lazer iridotomide ;

a. Göz içine kanama
b. Kornea endotel hasarı
c. Lens hasarına bağlı katarak gelişimi
d. Kısa süreli basınç yükselmesi
e. Daha öne geçirilmiş üveitin aktivasyonu
f. Ön odacıkça fibrin reaksiyonu
g. İşlem sırasında lens takarken topikal anesteziye rağmen kısmen ağrı duyulması
h. Lens takarken kornea epitelyum hasarı ve işlemden sonra buna bağlı batma
i. Konjonktiva altına kanama
j. Malign glokom

çok sık görülmemekle birlikte her hastada gelişme riski vardır.

7. **Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi:** Topikal anestezi göze damla damlatılması ile sağlanır. Kullanılan ilaçlara alerji vs yoksa genellikle bir soruna sebep olmaz. Hastanın bilinci açıktır. Gözde işlem için yeterli anestezi, uyuşma sağlar. Bazen lens takarken hafif ağrı hissedilebilir. 10-15 dakika sonra etkisi kaybolur.

8. **Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri Hakkında Bilgi:** Bu işlem reddedildiğinde proflaktik amaçlı yapılıyorsa hasta daha sonra akut glokom krizine girebilir. Tedavi amaçlı yapılıyorsa 70-80 mmHg'lik yüksek basınç düşürülmezse saatler içerisinde görme yetisini kalıcı olarak kaybederek kör olmasına neden olacaktır.

9. **Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri Hakkında Bilgi:** Yapılan işlem sırasında kullanılan ilaçların genellikle ciddi bir yan etkisi yoktur. Rutinde kullanılan steroid, anti glokomatöz ilaçlar, pupillayı daraltıcı ilaçların allerjik reaksiyonlar hariç genellikle hayati tehlike oluşturan yan etkileri yoktur. Göz tansiyonu ilaçlarının nadir görülen kalp- akciğer sorunları, kol tansiyonu değişiklikleri gibi yan etkileri görülebilir.

10. **Sağlığı İçin Kritik Olacak Yaşam Tarzı Özellikleri Hakkında Bilgi:** İşlemden 25-30 dakika sonra göz içi basıncı ölçülür, kontrolü yapılır, normalse hastaya steroidli damlalar verilir. Akut glokom krizi gibi bir durum yoksa hastanın yatırılmasına gerek yoktur. İşlem ayaktan yapılır. İlaçlarını doktorunuzun söylediği şekilde düzenli kullanıp, istenen zamanda kontrole gelir.

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

II-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 “**LAZER İRİDOTOMİ”** 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 …… Lazer iridotomi işleminin Dr. …… ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine …… (hastanın el yazısı ile: kendi rızamla izin veriyorum).

Doktorunuz işlem sırasında durum tespit etmek amacı ile fotoğraf ve/veya video tarzında görüntü kayıtları yapma gereği duyabilir. Hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların 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:

Şahit Adı-Soyadı :..... İmzası..... Tarih:

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