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 **Periferik İridektomi** ameliyatı önerilmektedir.

Bu ameliyat genellikle anatomik olarak dar açıya sahip hastalarda akut glokom atağı sonrasında atak sıklığını önlemek ve de diğer gözde de atak oluşumunu engellemek amacı ile uygulanmaktadır. Bu sayede tekrarlayan ataklar sonucunda görme siniri hasarının engellenmesi amaçlanmaktadır. Glokom nedeni ile bugüne kadar oluşmuş olan görme siniri hasarının geri döndürülmesi mümkün değildir. Ancak, göz içi basıncı düşüşü sağlandığında bu hasarın ilerlemesi durdurulabilir.

Ameliyat öncesinde göz bebeğinin küçültülmesi için damla damlatılacaktır. Genellikle damla anestezisi yeterli olmakla birlikte, ağrı hissetmemeniz için göz arkası ve çevresine iğne yapılabilir. Anestezinin sağlanmasını takiben, uygun olan kadrandan gözün ön kamarasına girilerek iris dokusu forsepsle yakalanıp eksize edilir. Takiben giriş yeri kapatılır.

1.İŞLEM: .....tarafından yapılacaktır.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Bu ameliyat genellikle anatomik olarak dar açıya sahip hastalarda akut glokom atağı sonrasında atak sıklığını önlemek ve de diğer gözde de atak oluşumunu engellemek amacı ile uygulanmaktadır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Göz tansiyonu düşmeyip göz sinirlerine hasar vermesi, şiddetli ağrı nihayetinde göz kayıpları meydana gelebilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: lazer değişik cerrahi tedaviler olabilir.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

- 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

Ameliyat sırasında/sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

- 1. Ön kamarada kanama
- 2. Yara yerinden sıvı kaçağına bağlı olarak ön kamarada sığlaşma
- 3. Göz içi basıncının fazla düşmesi
- 4. Katarakt gelişiminin hızlanması

TEDAVİNİN KABUL EDİLMEMESİ DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK KOMPLİKASYONLAR:

- 1. Ağrılı ataklar geçirilebilir ve zamanla görme alanında ciddi kayıplar oluşabilir.
- 2. Sonuç olarak görme daha fazla azalabilir
- 3. Gecikmiş bir glokom cerrahisinde ameliyat zorlaşabilir ve süresi uzayabilir, komplikasyon riski artabilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ortalama 30 dakikaa

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)