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 (dakriyosistorinostomi 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:**

Göz hastalıkları kliniğine gözünüzde mevcut olan sulanma nedeni ile başvurdunuz. Gözünüzdeki sulanmanın sebebi gözyaşının buruna yönlendiren kanalda tıkanıklık olabileceği düşünülerek size gözyaşı kanal tıkanıklığı ameliyatı yani dakriosistorinostomi uygulanmasına karar verilmiştir.

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

Erişkin yaşta başlayan gözyaşı kanal tıkanıklığı çeşitli nedenlere bağlı olabilir. Yüz bölgesine travma, kronik alerjiler, kemoterapi ilaçlarının veya göz damlalarının yan etkisi, tümörler, uzun süren sinüs hastalığı veya burun-sinüs ameliyatları bu nedenler arasında sayılabilir. Doğumsal gözyaşı kanal tıkanıklığında ise sebep bu sayılanlar dışında sıklıkla kanalın gelişim geriliği veya anomalisidir.

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

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

Dakriyosistorinostomi ameliyatı göz çevresine iğne ile yapılan lokal anestezi ile uygulanabileceği gibi genel anestezi veya sedasyon (damar yolu ile verilen sakinleştirici) eşliğinde lokal anestezi ile de yapılabilmektedir.

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

Tanı için çoğu zaman gözyaşı kanalından sıvı verilerek yapılan nazolakrimal kanal lavajı yeterli olmakla birlikte özellikle tümör şüphesi olan, travma geçirmiş olan hastalarda bilgisayarlı tomografi, manyetik

rezonans gibi görüntüleme yöntemleri cerrahi tedaviyi yönlendirmede yardımcı olabilir. Fonksiyonel durumun incelenmesinde de sintigrafi yardımcı olabilir.

Dakriyosistorinostomi cerrahisi açık olarak yapılabildiği gibi burundan yani endoskopik yöntemle de uygulanabilmektedir. Açık cerrahi sonuçları itibariyle en başarılı yöntemdir. Cilt kesisinin izi de genelikle çok belirsizdir. Kesinlikle cilt kesisi istemeyen veya kesinin uygun olmadığı (keloid gelişim öyküsü vs.) olgularda doktorunuzun önerileri ve uyarıları doğrultusunda burundan endoskopik cerrahi uygulanabilir. Ancak tümör şüphesi olan olgularda cilt yoluyla yaklaşılmalıdır.

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

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Ameliyat sırasında en sık karşılaşılan sorun kanamadır. Kanama genellikle ameliyat sırasında kontrol altına alınmasına rağmen ameliyat sonrasında da bir süre sızıntı tarzında da devam edebilmektedir. Uzun süredir devam eden göz yaşı kesesi iltihaplanması geçirmiş veya apse oluşmuş hastalarda göz yaşı kesesi ileri derecede küçülmüş ve yapışmış olabileceğinden ameliyat süresi uzayabilmektedir. İğne anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında az da olsa ağrı hissedilmesi olasıdır. Nadiren kemik pencerenin oluşturulması sırasında, kişinin anatomik farklılığından kaynaklanan nedenler ile beyin omurilik sıvısı gelebilir. Silikon veya Jones tüp takılamayabilir. Silikon veya Jones tüpüne bağlı göz yaşı kanal veya göz yüzeyinde hasar meydana gelebilir.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma ve burundan sızıntı tarzında kanama. Kesi yerinde enfeksiyon gelişebilir. Cilt yolu ile ameliyat olan hastalarda kullanılan dikiş materyaline bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon ve ciltte iz oluşabilir. Takılan tüpün yerinden çıkması. Tüpün yerinden çıkartılamaması. Cerrahinin veya tüpün gözyaşı yollarını hasarlaması. Sulanmanın devam etmesi. Tekrarlayan ameliyat gereksinimi. Kanama ve düzeltilemeyen görme kaybı gelişebilir.

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. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda retrobulber iğne ile zedelenme. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon. Göz arkasında kanama. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar gelişebilir.

8. **Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri Hakkında Bilgi:**

Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşacağınız riskler şunlardır: 1. Uzun süre devam eden ve tedavi edilmemiş olanlarda gözyaşı kesesi enfeksiyonu göz çevresi dokulara yayılabilir. 2. Nadiren de olsa oluşan enfeksiyon gözü içine alabilir ve görme kaybına neden olabilir. 3.Uzun süre ertelenmiş ve tedavi edilmemiş olgularda ileride uygulanacak cerrahinin başarısı azalabilir.4. Göz sulanmanız devam edecektir. Buna bağlı göz çevresi cilt dokusu başta olmak üzere kızarıklık ve iritasyon bulguları izlenecektir.

9. **Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri Hakkında Bilgi:**

Ameliyattan sonra antibiyotikli ve kortikosteroidli göz damlaları ile dekonjestan burun spreyleri, bazı durumlarda da sistemik ve lokal çeşitli ilaçlar doktor kontrolünde kullanılması gerekebilir. İlaçların kullanım sürelerine ve kullanıldıkları sürece hekim kontrolünü ihmal etmemeye özen gösterilerek yan etkiler en aza indirilebilir. 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:**

Ameliyattan en az 5 saat önce hiçbir şey yemeyiniz, içmeyiniz. Ameliyat sonrası bazen aynı gün bazen ertesi gün taburcu olacaksınız. Bazen bu süre birkaç gün uzayabilir. Ameliyattan 3 saat sonra sulu gıdalar almaya başlayabilir, 12 saat sonra normal beslenmeye geçebilirsiniz. İlk 5 gün banyo yapmayınız. Ellerinizi sabunlu su ile yıkayarak temizliğine azami özen gösteriniz. Damla öncesi mutlaka ellerinizi sabunlu su ile yıkayarak kağıt havlu ile kurulayınız. İlaçlarınızı size önerilen şekilde ve zamanda düzenli kullanınız. Kontrollerinizi ve pansumanlarınızı aksatmayınız. Ameliyat öncesi ve sonrası üşütmemeye nezle grip olmamaya özen gösteriniz. İlk gün araç kullanmayınız, ne zaman işe döneceğiniz hekiminiz tarafından size söylenecektir.

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.

BİREYSEL RİSKLER:

.....

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 dakriyosistorinostomi 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 dakriyosistorinostomi 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 : .....