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 LAZER İRİDOTOMİ işlemi önerilmektedir.

Bu girişim lazer (Nd:YAG lazer, Argon lazer) ile iriste açıklık oluşturularak gözün ön kısmına göz içi sıvısı geçişi sağlanması ve bu sayede gözün ön ve arka bölümlerinde basınç dengesi oluşturularak, artmış olan göz içi basıncının tekrar normal seviyeye inmesi, şiddetli ağrının azaltılması ve tekrarlayan atakların önlenmesi amaçlanmaktadır. Bir gözünde anatomik olarak dar açı saptanan ve glokom atağı geçiren hastalarda, diğer göze de tedbir amacıyla lazer iridotomi önerilmektedir.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:DR……..

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Bu girişim lazer (Nd:YAG lazer, Argon lazer) ile iriste açıklık oluşturularak gözün ön kısmına göz içi sıvısı geçişi sağlanması ve bu sayede gözün ön ve arka bölümlerinde basınç dengesi oluşturularak, artmış olan göz içi basıncının tekrar normal seviyeye inmesi, şiddetli ağrının azaltılması ve tekrarlayan atakların önlenmesi amaçlanmaktadır.

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

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Alternatifi farklı merkezlerde yapılabilecek lazer uygulamaları.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

- **1)**Ön kamarada reaksiyon
- **2)**Göz içi basıncı değişiklikleri (özellikle işlem sonrası ilk 3 saatte erken dönemde göz içi basıncında geçici yükselmeler olabilir, glokom hastalarında bu artış daha uzun sürebilir)
- **3)**Görme noktasında kistoid ödem
- **4)**Ağ tabakada ayrılma (retina dekolmanı)
- **5)**Üveit/inflamasyon
- **6)**İriste kanama ve açıklıkta kapanma
- **7)**Göz arkasında kanama
- **8)**Görme merkezinde delik oluşumu
- **9)**Kornea ve lens hasarı
- **10)**Enfeksiyon
- **11)**Görme aksında tekrar bulanıklaşma
- **12)**Gözün damar tabakasında ayrılma
- **13)Göz içi lensinin kayması ya da düşmesi**
- **14)Gözün ön odacığındaki sıvının arka tarafa yönlenmesi nedeniyle göz içi basıncı artışı .Diabetik hastalarda iriste yeni damar oluşumu ve glokom oluşumunda hızlanma**
- **15)Görme azalması**
- **16)Çift görme**

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ortalama 30 dakika.

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)