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 TARSORAFİ ameliyatı önerilmektedir.

Bu girişimin amacı çeşitli sebeplere bağlı olarak (kapakların kapatılamaması, yüz felci vb.) korneanın açık kalması, korneal incelme, ülser, gözyaşı disfonksiyonu ve nörotropi gibi durumlarda alt ve üst kapak kenarlarının geçici ya da kalıcı olarak dikilerek korneanın korunmasıdır. Hastalığın yaygınlığına bağlı kapak kenarının dış kısmı, tamamı, iç kenarı ya da orta kısmı dikilebilir.

İşlem sırasında lokal anestezi yeterli olmaktadır. Genel anestezi nadiren gerekebilir. İşlem sonrasında enfeksiyon gelişmemesi için antibiyotikli damla ve pomad kullanılması önerilmektedir.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Opr. Dr. .....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Bu girişimin amacı çeşitli sebeplere bağlı olarak (kapakların kapatılamaması, yüz felci vb.) korneanın açık kalması, korneal incelme, ülser, gözyaşı disfonksiyonu ve nörotropi gibi durumlarda alt ve üst kapak kenarlarının geçici ya da kalıcı olarak dikilerek korneanın korunmasıdır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- 1.Korneada incelme ve delinme
- 2.Önceden yapılan konea naklinin reddi
- 3.Korneal apsenin sebat etmesi
- 4.Sayılan komplikasyonlara bağlı olarak geçici ya da kalıcı görme kaybı

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Alternatifi yoktur 5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Lokal/genel 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,
- 5.Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar

İşlem sırasında ya da sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

- 1.Tarsorafi iyi yapılmazsa kapak kenarı deformitesi meydana gelebilir.
- 2.Dikişler açılabilir.
- 3.Kanama olabilir.

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

1. Korneada incelme ve delinme
2. Önceden yapılan konea naklinin reddi
3. Korneal apsenin sebat etmesi
4. Sayılan komplikasyonlara bağlı olarak geçici ya da kalıcı görme kaybı

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Ortalama 30 dakika

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR İLE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANILABİLECEK SORUNLAR:

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)