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: Çocuğunuzun gözünüzdeki sulanma yakınması nedeniyle tanı ve tedavi için başvurmuş bulunmaktasınız. Çocuğunuza Sağ ……. Sol……. Göz yaşı kanal tıkanıklığı tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur. Bu hastalığın tedavisi için çocuğunuzun gözüne göz yaşı kanalı sondalama ameliyatı önerilmektedir. Göz yaşı kanalı sondalama ameliyatında amaç; göz yaşı kanalının burun boşluğuna açılan bölümünde bulunan ve doğuma yakın dönemde kendiliğinden açılması gereken zarın bir tel yardımı ile delinerek, göz yaşının burun boşluğuna akmasını sağlamaktır. Bu cerrahi uygulama ameliyathane koşullarında, genel anestezi altında gerçekleştirilmektedir.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Göz yaşı kanalının burun boşluğuna açılan bölümünde bulunan ve doğuma yakın dönemde kendiliğinden açılması gereken zarın bir tel yardımı ile delinerek, göz yaşının burun boşluğuna akmasını sağlamaktır.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşacağınız riskler şunlardır:

1.Uzun süre devam eden ve tedavi edilmemiş olgularda göz yaşı kesesi içerinde göllenme nedeniyle enfeksiyon gelişebilir ve 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 sondalama işlemi ile sonuç alınması imkansızlaşır. Ve daha ileri cerrahi yöntemlerin uygulanması gerekebilir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: işlemin alternatifi yok

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

Genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar.

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Burun boşluğuna açılan bölümde yer alan zarın hemen yakınında bulunan ve göz yaşının buruna akışını engelleyen kemik yapı nedeniyle bu kemiğin ameliyat sırasında kırılarak kanalın açılması gerekebilir.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma ve burundan sızıntı tarzında kanama olabilir. göz ve etrafında enfeksiyon yayılarak beyine de ulaşabilir. bu ciddi sonuçlara yol açabilir. % 10 oranında başarısızlık olabilir. Kanama olabilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: . Ameliyat ortalama 10 (on) dakika sürmektedir.

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)