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 (PTERJİYUM 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:

Pterjiyum, halk arasında, gözün beyaz kısmından renkli kısmına ilerleyen bir et parçası şeklinde ifade edilir. Göz bebeğinin üzerinde şeffaf saat camı şeklindeki kornea tabakasının üzerine gözün beyaz kısmının üzerini örten zar olan konjonktivadan gelen bir uzantıdır. Gözde kızarıklık, batma, sulanma ve ileri dönemde görme bozukluğuna sebep olur. Pterjiyumun tedavisi cerrahidir.

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

Pterjiyum kalıtsal olarak veya güneş ışınlarına bağlı olarak meydana gelebilir. İlerlemesi güneşe uzun süre maruz kalmak ile hızlanır. Gözde belirgin rahatsızlık (kızarıklık,batma,sulanma gibi) yapabilir ,görme bozukluğuna yol açabilir, göz bebeğine doğru ilerleyerek görmeyi tehlikeye düşürecek bir risk oluşturabilir ve estetik bakımdan hastayı rahatsız eden bir kusur oluşturabilir.

3- **Tıbbi Müdahalenin Kim Tarafından Nerede, Ne Şekilde Yapılacağı Ve Tahmini**

Süresi Hakkında Bilgi:

Girişim hastanemiz göz ameliyathanesinde Dr.....ve /veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilecektir. Pterjiyum dokusu kornea üzerinden kesilerek alınır, konjonktiva isimli zarın geri kalan kısmı dikişle kapatılır. Nüksünü yani tekrar oluşumunu engellemek için konjonktiva kendi altına kıvrılabilir, sklera denilen beyaz kısım açık bırakılabilir, konjonktivanın yönü değiştirebilir, konjonktivanın başka bir bölgesinden bir parça alınarak o bölgeye dikilebilir, çeşitli ilaçlar (antimetabolit) kullanılabilir, amnion zarı nakli yapılabilir. İşlem süresi 30-60 dakika arasında ameliyat tekniğine göre değişir.

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

İşlem sırasında lokal anestezi yeterli olmaktadır. Genel anestezi veya intravenöz sedasyon hastanın isteğine göre uygulanabilir.

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

Sklera denilen beyaz kısmın açıkta bırakıldığı teknik kısa sürer ancak tekrarlama riski yüksektir. Diğer teknikler daha uzun ve komplikedir ancak bunların tekrarlama riski azdır. İyileşme süresi tüm tekniklerde aynıdır.

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

Ameliyatta veya sonrasında kullanılan ilaçlara karşı duyarlılık reaksiyonu, Kornea merkezini geçen pterjiyumlarda ameliyat sonrasında görme bulanıklığı devam edebilir, Pterjiyum ameliyat sonrasında tekrar oluşabilir, tekrar ameliyat gerekebilir, Görme kaybına yol açabilecek enfeksiyon gelişebilir, Yara yeri iyileşmesinde gecikme,mikroplu/ mikropsuz ülserasyon, skleromalasi (skleranın yani göz beyazının yara yerinin altındaki kısmının erimesi) piyojenik granülom (kanamalı,akıntılı kitle teşekkülü)oluşabilir.Bu nedenlerle gözün tekrar ameliyatı gerekebilir. Ameliyat sonrası gözlük veya kontakt lens takılması gerekebilir.

7- Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi

Uygulanacak işlem genel/lokal/sedasyon/topikal anestezi altında uygulanabilir.

Lokal anestezi sırasında göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme,anestetik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu , anestetik ilaca karşı alerjik reaksiyon,göz arkasında kanama gibi sorunlar olabilir. 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.

8- Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri

Hakkında Bilgi:

Tedavi edilmediği takdirde pterjiyum dokusu ilerleyerek kornea tabakasını kaplayarak görmenin ileri derecede kaybına ve körlüğe yol açabilir. Bu durum kornea naklini gerektirebilir. Bu ileri evrede tedavi edildiğinde beyaz bir leke kalma olasılığı vardır.

9- Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri Hakkında Bilgi:

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:

Yara yeri üzerine yatmayınız, gözünüze bastırmayın ve kaşımayın, 1 hafta süresinde gözünüze su değdirmeyin, göz damlalarını uygularken kirpiklerinize değdirmeyin. Ameliyat sırasında kullanılan tekniğe bağlı olarak greft flep veya dikiş materyaline bağlı batma sulanma izlenebilir. Aşırı ağrı ve sulanma kızarma durumunda doktorunuz ile temasa geçin.

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 .....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 ..... 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 : .....