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 (..... işlemi) 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

Tanı Hakkında Bilgi:

..... Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ ..... Sol..... gözünüze ..... tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ..... Sol..... Gözünüze **LAZER FOTOKOAGÜLASYON** işlemi önerilmektedir.

Lazer fotokoagulasyon işleminin amacı daha önceden belirlenmiş bir retina bölgesinde çevre dokularda minimal hasar oluşturarak bir terapötik yanık meydana getirmektir.

Lazer fotokoagulasyon;

1.Retinanın vasküler hastalıklarına bağlı makula ödemi veya retinadaki tıkalı damar alanlarının tedavisinde,

2.Maküler koroidal neovasküler membranlarda,

3.Retinal yırtıklar ve retinada yırtığa sebep olabilecek periferik dejenerasyonlarda,

4.Bazı intraoküler tümörlerin tedavisinde kullanılmaktadır.

Diğer tedavi seçenekleri:

1. Retinanın vasküler hastalıklarına bağlı makula ödemi, retinal nonperfüzyon veya yaşa bağlı makula dejenerasyonu için yapılıyorsa, yerine göziçi ilaç (steroid, ant-VEGF gibi) enjeksiyonları yapılabilir. Bazen birlikte uygulamalar gerekebilir. Göziçi ilaç uygulamalarında enjeksiyona veya ilaca bağlı komplikasyonlar gelişeblir.

2. Retinada yırtık veya dejenerasyonlara yapılıyorsa, lezyonlar uygun lokalizasyonda ise yerine krioterapi yapılabilir. Krioterapi laser uygulamalarına göre daha ağrılı bir işlemdir ve daha fazla inflamasyona neden olabilir.

İşlem öncesinde gözbebeğinizi genişletici damlalar gözünüze damlatılacaktır. Topikal anestezik madde uygulamasını ve göz yüzeyine mercek konulmasını takiben lazer uygulaması, göz hekiminiz tarafından uygun kadranlara yapılacaktır. Sadece lokal bir hasar veya ödem varsa, yalnız o bölgeye lazer uygulaması yapılır. Hasar sadece bir sahayla sınırlı değilse, maküla (keskin görme noktası) bölgesi hariç tüm retinaya birkaç seans boyunca lazer uygulanabilmektedir. İşlem süresi genellikle kısadır, hastalığın özelliği ile ilişkilidir.

Gerekli olduğu taktirde ek seanslarla tekrar lazer uygulamasına gerek duyulabilmektedir. İşlem sonrasında inflamasyonun engellenmesi için 3-4 gün süre ile damla tedavisi önerilebilir.

Tedavi Başarı Şansı:

Lazer fotokoagulasyon işleminin başarı şansı yüksektir, genellikle altta yatan hastalıkla ilişkilidir.

Tıbbi Müdahalenin Kim Tarafından Nerede, Ne Şekilde Yapılacağı Ve Tahmini Süresi Hakkında Bilgi:

Lazer fotokoagülasyon poliklinik veya ameliyathane sartlarında hekiminiz tarafından topikal veya lokal anestezi altında lüzum halinde genel anestezi altında yapılacaktır. İşlem süresi hastalığınızın durumuna bağlı olarak 10 dk ile 45 dk arası sürebilir.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

1-İnflamasyon 2- Göz içi kanama 3- Göz içi basıncında geçici veya kalıcı yükselme 4-Ağrı 5- Göz içi ve dışı enfeksiyon . Bu komplikasyonların bazılarının tedavisi mümkündür. Komplikasyonlara bağlı olarak kalıcı görme hasarı gelişebilir.6- Görme alanında kayıp.

Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi:

Uygulanacak işlem topikal (damla) anestezi altında uygulanacaktır

Sağlığı İçin Kritik Olacak Yaşam Tarzı Özellikleri Hakkında Bilgi:

Lazer fotokoagülasyon sonrası gözde tedavi amaçlı uygulandığı hastalık grubuna göre hekiminizin önerilerine uyunuz. Travmadan korununuz. Gözünüzde oluşabilecek ağrı, sinek uçuşması batma kızarıklık durumunda hekiminize tedavi şeması hakkında danışınız.

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 tanı/tedaviyi 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

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

1-Tanınıza göre altta yatan hastalığın ilerlemesi görmenizde azalmaya, gözünüzde ağrıya, göz içi kanamalara neden olabilir. 2- Görmenizi tamamen yitirebilirsiniz.

Daha sağlıklı bir yaşam için, altta yatan hastalığınıza göre değişmekle birlikte tedavi için yapılan laser ve ilaç uygulamalarının yanısıra sigara içmemeniz, varsa hipertansiyon ve kalp problemlerinizin tedavisi ve sağlıklı beslenmeniz de önem taşımaktadır.

Bireysel Riskler

...

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:

Şahit Adı-Soyadı :..... İmzası..... Tarih:

(tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)