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 (..... 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

Tanı Hakkında Bilgi:

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

Hastalığın Muhtemel Sebepleri Ve Nasıl Seyredeceği Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ..... Sol..... Gözünüze **GÖZİÇİ ENJEKSİYON** işlemi önerilmektedir.

....

Göziçi enjeksiyonların günümüzde uygulama alanları:

1. Yaşa bağlı makula dejenerasyonu

2. Retinal ven tıkanıklıklarına bağlı makula ödemi (merkezi noktada sıvı birikimi)
3. Diabete (şeker hastalığı) bağlı makula ödemi
4. Retinanın ve koroidin inflamatuar ve nadir görülen damarsal hastalıklarına bağlı makula ödemi
5. Retina damar hastalıkları sonucu oluşabilen göz içi anormal damarların ve komplikasyonlarının tedavisinde

Bu amaçlarla göziçi uygulanan ilaçlar ;

1. Sıvı birikimini önleyen ilaçlar (Steroidler- triamsinolon, deksametason, fluosinolon…..)
2. Anormal damar gelişimi ve sıvı birikimini önleyici ilaçlar (anti-VEGF ilaçlar – Ranibizumab, Aflibercept……)

Hastalığınız ile ilgili seyir mevcut tanı doğrultusunda ve uygulanan tedavi şeması dahilinde değişiklik göstermektedir. Bu formu onaylamanız hekiminizden konu ile ilgili bilgi aldığınız anlamına gelmektedir.

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

Müdahale hekiminiz veya yönlendirdiği öğretim elemanı tarafından yapılacaktır. Uygulama kullanılan tekniğe göre değişmekle beraber genellikle birkaç dakika sürmektedir.

Uygulanacak Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Uygulama sıklıkla damla anestezisi ile yapılmakla beraber gereği halinde damardan sedasyon veya lokal genel anestezi teknikleri tercih edilebilir.

Yöntemin uygulanışı :

Göziçi enjeksiyonu ameliyathane veya bu işlem için hazırlanmış özel bir odada, göz hekiminiz tarafından yapılacaktır.

Göze uygulanan enjeksiyon tedavisi, direkt olarak göz içine enjeksiyon şeklinde uygulanmaktadır. Uygulama öncesi göz çevresi ve göz içi antiseptik solüsyonlarla temizlenecektir. Gözünüze ağrı duymanızı önleyecek anestetik damlalar damlatılacaktır. Enjeksiyon gözün saydam olmayan bölümünden göz içine uygulanacaktır. Tedavi sonrası antibiyotikli veya gerekirse göz içi basıncınızı düşürmek için damlalar kullanmanız gerekecektir. Enjeksiyon sonrası göz önünde uçuşmalar görebilirsiniz. Ancak, uçuşmaların artması, gözünüzde ağrı ve kızarıklığın oluşması veya görmenizin azalması durumunda hemen hekiminize başvurmanız gerekmektedir

Tedavideki amaç tanınıza göre farklılıklar göstermektedir. Göz içi iltihabın azaltılması veya önlenmesi, anormal damarların gelişiminin engellenmesi, göz damar iltihaplarının iyileştirilmesi, retina tabakası ve merkez görme noktasında sıvı birikimlerinin azaltılması hedeflenen amaçlardandır.

Tedavi Süresi:

Tedavi süresi 5-15 dk arasında değişebilmektedir. Ancak tanınız ve tedaviye hastanın cevabına bağlı olarak enjeksiyonların belirli aralıklarla tekrarlanması gerekir. Bu sıklık bazen enjeksiyonun her ay tekrarlanması şeklinde olabilir.

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

Hastalığınızın sebebi doğrultusunda çeşitli tedavi seçenenekleri hakkında hekiminizden bilgi alınız. Bu forma onay verdiğinizde bu bilgilendirenin paıldığı anlaşılmaktadır.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

Göziçi ilaç uygulamaları sonrası enjeksiyona veya uygulanan ilaca bağlı komplikasyonlar nadiren gelişebilir.

Enjeksiyona bağlı :

1.Enjeksiyonun uygulandığı bölgede kızarıklık veya kanama

2.Ağrı

3.Enfeksiyon

4.Retina tabakasında yırtılma veya yerinden ayrılma

5.Göz içi kanama

6. Göziçi basıncında geçici yükselme

Kullanılan ilaca bağlı

A: Steroid grubu ilaçlara bağı sorunlar

1.Göz içi basıncında geçici veya kalıcı yükselme

2.Katarakt.

Bu komplikasyonların tedavisi mümkündür. Bazı durumlarda komplikasyonlara bağlı olarak kalıcı görme hasarı gelişebilir.

B: Anti VEGF ilaçlara bağlı sorunlar

1. Geçici hipertansiyon . Kontrolsuz hipertansiyon hastasıysanız bu ilaçlar önerilmez
2. Çok ender de olsa bu ilaçlar beyin ve kalp damarlarında tıkanıklık riski yaratabilir. Eğer son 2- 3 ay içinde kalp ve beyin damar hastalığı geçirdiyseniz, bu tedaviler sizin için uygun olmayabilir. Göz doktorunuzla mevcut durumunuzu ve oluşabilecek riskleri konuşmanız önerilir.

Tedavinin kabul edilmemesi karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

Size önerilen tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşacağınız riskler şunlardır; 1-Tanınıza göre altta yatan hastalığın ilerlemesi görmenizde azalmaya, gözünüzde ağrıya, göz içi kanamalara ve göz içi iltihaplarına neden olabilir. 2- Görmenizi tamamen yitirebilirsiniz.

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

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

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)