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 KORNEAL (...) / KORNEOSKLERAL (...) SÜTÜR ALINMASI işlemi önerilmektedir.

Bu girişim steril bir penset yardımıyla muayene odasında ya da ameliyathanede yapılabilir. Açılan ve iritasyon yaratan, gevşeyen ya da çok gergin korneal dikişler alınmaktadır. Anestetik damlayı takiben işlem gerçekleştirilmektedir. Takiben kısa bir süre antibiyotikli damla ve pomad kullanımı önerilmektedir.

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

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Sütür alınması ile hasta ağrı ve batma hissinden kurtulur.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- 1) Yoğun ağrı, iritasyon ve sulanma
- 2) Korneal apse
- 3) Sütür reaksiyonu
- 4) Ön kamerada inflamatuar reaksiyon

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Alternatifi yok.

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI:

İşlem sırasında ya da sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

- **1)** Korneal apse (iltihap)
- **2)** Yara yeri açılması
- **3)** Endoftalmi (göz iltihabı ve göz kaybı)

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda gelişecek sonuçlar:

- **1)** Yoğun ağrı, iritasyon ve sulanma
- **2)** Korneal apse
- **3)** Sütür reaksiyonu
- **4)** Ön kamerada inflamatuar reaksiyon

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: işlem süresi 5 - 10 dakika

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)