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, SONDALAMA 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:**

Hastanemizin Göz Hastalıkları Kliniğine çocuğunuzun gözünüzdeki sulanma yakınması nedeniyle tanı ve tedavi için başvurmuş bulunmaktasınız. Çocuğunuza Sağ ..... Sol..... Gözyaşı kanal tıkanıklığı tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur. Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **SONDALAMA** ameliyatı önerilmektedir.

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

Gözyaşı kanal tıkanıklığı sıklıkla doğuştan olmakla birlikte sonradan da olabilmektedir. Bu girişimin amacı gözyaşı kanalının açılarak sulanmadan ve oluşabilecek enfeksiyonlardan kurtarmaktır.

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

Bu hastalığın tedavisi için çocuğunuzun gözüne gözyaşı kanalı sondalama ameliyatı önerilmektedir. Gözyaşı kanalı sondalama ameliyatında amaç; gözyaşı kanalının burun boşluğuna açılan bölümünde bulunan ve doğuma yakın dönemde kendiliğinden açılması gereken zarın bir tel yardımı ile delinerek, gözyaşının burun boşluğuna akmasını sağlamaktır. Bu cerrahi uygulama ameliyathane koşullarında, genel anestezi altında gerçekleştirilmektedir. İşlem süresi kullanılan teknik ve enstrümanlar doğrultusunda ortalama 10-30 dakika arası sürmektedir. Girişim hastanemiz Ameliyathanesinde Dr..... ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilecektir.

4-Uygulanacak Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi:

İşlem sırasında çocuklarda Genel anestezi gerekmektedir.

5-Tedavi Başarı Şansı

Gözyaşı kanalı sondalama ameliyatının başarısı oldukça yüksektir. Başarılı olunamayan olgularda (lakrimal sistem dar ya da kemik ile tıkalı olabilir ve bu ancak ameliyat sırasında anlaşılabilir) sondalama işleminin bir süre sonra tekrarlanması gerekebilir. Gerekli olgularda silikon tüp takılması gerekebilir.

6-Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

a. *Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:*

Burun boşluğuna açılan bölümde yer alan zarın hemen yakınında bulunan ve gözyaşının buruna akışını engelleyen kemik yapı nedeniyle bu kemiğin ameliyat sırasında kırılarak kanalın açılması gerekebilir. Kemik kırılması yapılan ya da burun mukozası ile kapalı olan olgularda mukozanın kesilmesi ile birlikte açılan yolun kapanmaması için silikon tüp konulması gerekebilecektir.

b. Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma ve burundan sızıntı tarzında kanama olabilir. Silikon tüp uygulanmış olgularda çocuk eliyle oynayıp tüpü gözden ya da burundan çekebilir, çıkarabilir. Sulanma düzelmeyebilir. Tekrarlayan cerrahiler gerekebilir. Göz arkası kanamalar ve görme kaybı gelişebilir.

7. Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi

Uygulanacak işlem genel/lokal/sedasyon/topikal anestezi altında uygulanabilir. 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. Bunun yanında 1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme, 2. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, 3. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 5. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar izlenebilir.

8-Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri Hakkında Bilgi:

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.

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:

Silikon tüp konulan olgularda gözü ovuşturmak ya da burun ucundan silikon tüpün ucunu çekmek tüpün çıkmasına, kanalikül ve punktumların zedelenmesine neden olabilir. Sulanma şikayetleri ameliyat sonrası hemen düzelmeyebilir. Medikal tedavi önerilerine uymanız ve doktorunuzun öneri ve takip programını takip etmeniz uygundur.

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:

.....

III-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 : .....