Hasta adı:

Dosya no:

Tarih:

Size uygulanacak tıbbi müdahaleyi ve yaşanması muhtemel riskleri açıklayan bu form, bilgilenmiş olmanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız 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) halinde size, tıbbi uygulama OPTİK SİNİR KILIFI DEKOMPRESYONU ameliyatı yapılacaktır.

Yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Rıza gösteriyorsanız, lütfen formdaki boşlukları doldurun, yazılanları okuyup anladığınızı ve kabul ederek onayladığınızı belirten şekilde formun her sayfasını imzalayın.

I- AYDINLATMA BİLGİSİ

1. **Hastalığın tanımı hakkında bilgi:** Çeşitli nedenlerle oluşan kafa içi basınç artışına bağlı olarak görme sinirinde (optik sinir) bir sorun (Papilödem) yaşamaktasınız.

2. **Hastalığın muhtemel sebepleri ve seyri hakkında bilgi:** Hastalık kafa içi basıncını arttıran sebeplerden dolayı oluşur. Yüksek basınçlı beyin-omurilik sıvısının göz sinirlerinin kılıfları içerisinde birikerek sinir üzerinde baskı oluşturması durumunda, görme siniri kısmen geri dönüşümsüz bir hasar görebilir; görme keskinliği ve görme alanı kaybı oluşabilir. Hastaların küçük bir kısmında, kafa içi basıncının ilaç ile düşürülmesi optik sinir üzerindeki baskıyı yeterince kaldıramaz ve kalıcı görme kaybı riski artar.

3. **Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede ne şekilde yapılacağı ve süresi hakkında bilgi:** Bu hastalarda optik sinir kılıfı cerrahi olarak açılarak, içinde biriken basınçlı beyin-omurilik sıvısı belli miktarda boşaltılır ve sinir üzerindeki baskı kaldırılmış olur. Uygulanacak cerrahi tedavi, konu ile ilgili uzman göz hekimi tarafından ameliyathane şartlarında, genel anestezi altında yapılır . Ameliyat göz dışı bir ameliyattır. Ameliyatta göz arkasındaki optik sinire göz küresi etrafındaki adaleler arasından ulaşılır ve kılıfında bir pencere açılır. Ameliyat 30-60 dakika sürebilir.

4. **Uygulanacak anestezi yöntemi hakkında bilgi:** Bu ameliyat göz doktoru tarafından, ameliyathanede genel anestezi altında yapılacaktır.

5. **Diğer tedavi seçeneklerinin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerine muhtemel etkileri hakkında bilgi:** Bu ameliyat, ilaçla tedavi seçeneğinin yetersiz kaldığı durumlarda yapılır. Basıncın ani ve çok fazla yükseldiği bazı damar tıkanıklığı durumlarında ameliyatın acil ve her iki göze birden yapılması gerekebilir. Ameliyat görme kaybının devam etmemesi için yapılır, fakat aynı zamanda görmede bir artış da beklenebilir.

6. Tedavi komplikasyonları (istenmeyen ama oluşabilen zararlı sonuçlar) ve riskleri hakkında bilgi:

a. *Ameliyat sırasında:* Ameliyat sırasında en sık karşılaşılan sorun kanamadır. Kanama genellikle ameliyat sırasında kontrol altına alınmasına rağmen ameliyat sonrasında da bir süre sızıntı tarzında da devam edebilmektedir. Ancak çok nadir olmakla birlikte, kanamaya bağlı göz sinir veya damarlarının hasarı sonucu kalıcı görme kaybı görülebilir. Çok nadiren göz küresine cerrahi travma ve buna bağlı körlük gelişebilir

b. *Ameliyat sonrasında:* Çok nadiren göz arkası kanaması ameliyattan sonra gelişirse görme siniri üzerinde baskı oluşturabilir ve tekrar ameliyata alınması gerekebilir. Papilödem nedeniyle göz siniri ileri ölçüde hasar görmüş ve/veya ilave sarı nokta hasarı olup çok az görmesi kalmış hastalarda ameliyattan sonra cerrahi işleme bağlı kalıcı görme kaybı olabilir. Nadir olarak ameliyattan önce iyi gören gözlerde de iskemik optik nöropati, retinal kanama-hasar ve kalıcı görme kaybı veya görme azalması gelişebilir. Göz yüzeyi ve/veya cilt dikişlerinde veya göz arkasında enfeksiyon gelişebilir. Gözde şaşılık ve buna bağlı çift görme gelişebilir. Göz bebeğinde genellikle geçici olması beklenen büyüme veya şekil değişikliği oluşabilir.

7. **Tedaviyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler hakkında bilgi:** Tedaviyi ret durumunda durum stabil kalabilir ancak ilerleyici bir görme alanı kaybı ile karşı karşıya iseniz bu durum devam edebilir ve ağır görme kaybı ile sonuçlanabilir.

8. **Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri hakkında bilgi:** Hastalar ameliyata gelirken diazomid vb. basınç düşürücü ilaç veya ağrı kesici – anti inflamatuar ilaç içmemelidir. Hastalar ameliyattan önceki hafta içinde kan sulandırıcı aspirin vb. ilaç kullanmamalı, kullanmışsa bu konuda anestezi ve göz hekimlerine bilgi vermelidir. Ameliyat sonrasında ise iki gün aralıklı buz kompresi yapılacaktır. Dört hafta göz damlası kullanılacaktır. İki hafta boyunca kuvvetlice sümkürmek, ıkınmak, öne eğilmek ve ağır kaldırmaktan kaçınılmalıdır. Bu önerilere uyulmadığı taktirde istenmeyen zararlı sonuçların oluşması riski artar.

9. **Sağlığı için kritik olacak yaşam tarzı özellikleri hakkında bilgi:** Hasta ameliyattan önce sigara içmemeli ve daha sonra da göz sinirinin sağlığı için tekrar sigaraya başlamamalıdır. Mevcut hastalık dışındaki sistemik hastalıklar kontrol altında olmalıdır. Bu hastalık şişmanlıkla direkt olarak ilgilidir. Fazla kilolu hastaların yavaş ve düzenli bir şekilde ideal kilosuna dönmesi sonucun kalıcı olması için şarttır.

10. **Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği hakkında bilgi:** Hekiminize en hızlı şekilde ulaşabilmenizi sağlayacak bir telefon numarası size verilecektir.

BİREYSEL RİSKLER: Obezite, şeker hastalığı, hipertansiyon, tiroid göz hastalığı, sigara ve alkol kullanımı.

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 uygulanabilineceği 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**).

OKUDUM ANLADIM EK SORUM YOKTUR

Kimliğimin gizli tutulması, yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılması koşulu ile bana uygulanacak girişim/tedavi sırasında fotoğraf çekilmesine ya da kayıt yapılmasına, tıbbi kayıtlarımdaki bilgiler ile tanı/tedavi amacıyla vücudumdan alınan hücre, doku ya da sıvı örneklerinin kullanılmasına, bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:

O İZİN VERİYORUM O İZİN VERMİYORUM

Tarih: .....

HASTANIN:

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

TERCUMAN: TÜM ONAM FORMU TARAFIMDAN HASTAYA ÇEVRİLMİŞ VE ONAMI ALINMIŞTIR.

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)