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 (SKLERAL ÇÖKERTME) 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:**

Skleral çökertme ameliyatı gereken göz hastalıkları genel olarak retinanın ayrılması (retina dekolmanı), göz yaralanmaları durumlardır. Tüm bu hastalıklar görmenizde orta ya da ileri derecede bir görme kaybına neden olabilirler. Skleral çökertme ameliyatı, retinanın ayrılması (retina dekolmanı) durumunda farklı tekniklerle ve malzemeyle uygulanabilen bir cerrahi tedavidir. Tedavideki amaç, göz duvarında içeri doğru bir girinti oluşturarak, retinal delik ve yırtık ağızlarının kapatılması ve böylece göz içindeki sıvının retinadaki yırtıklardan geçerek, retina altında birikmesine engel olmaktır.

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

Skleral çökertme ameliyatı gereken göz hastalıklarının muhtemel sebepleri retina tabakasında yırtıklar, retina altında sıvı toplanması, göz travmaları ve daha önce geçirilmiş göz ameliyatlarıdır. Tüm bu hastalıklar görmenizde ilerleyici bir görme kaybına neden olabilir. Zamanla göz kürenizde küçülme ve ağrıya da neden olabilir.

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

Skleral çökertme, ameliyathanede göz hekimi…… veya onun gözetiminde bir uzmanlık öğrencisi / asistan tarafından yapılacaktır. Ameliyat esnasında gözünüzün saydam olmayan bölümünü örten, konjonktiva adı verilen doku açılacaktır. Retina tabakanızdaki yırtıkların olduğu alanlarda girinti oluşturmak için, yırtıkların çap ve lokalizasyonuna uygun çeşitli materyaller (sünger veya silikon içerikli) kullanılacaktır. Bu materyal, lokal olarak sadece yırtık bölgesine uygulanabileceği gibi, çepeçevre girinti sağlamak için, 360^0 gözün etrafından da geçirilebilecektir. Materyal dikişle göze tutturulacak veya gözün dış tabakasında açılan kanallardan geçirilecektir. Gerek görüldüğü takdirde, retina altında biriken sıvının boşaltılması için, dekolman olan alanda göz dışından içine doğru küçük bir delik açılacaktır. Bu delik dikişle kapatılabileceği gibi, kendi kendine kapanması tercih edilebilecektir. Yırtık bulunan alanların etrafına dıştan kriyo denilen dondurma yöntemi veya göz içinden lazerle yakma işlemi uygulanabilecektir. Bu işlem yırtık bölgesinin yerine yapışmasına katkıda bulunacaktır. Ameliyat sonunda konjonktiva tabakası dikişle kapatılacaktır. Gerektiğinde skleral çökertme ameliyatı, pars plana vitrektomi ameliyatı ile kombine edilebilir.

Ameliyat süresi yaklaşık 30-90 dakika arasında değişmektedir.

4. **Uygulanacak Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi:**

Ameliyatınız lokal/genel anesteziyle yapılacaktır. Lokal anestezi özel iğnelerle gözün arkasına ve etrafına anestezik ilacın verilmesi şeklinde yapılacaktır. Genel anestezi ile ilgili bilgi anestezi uzmanı tarafından verilecektir. Anestezi uzmanı ile görüşüp gerekli bilgiyi alınız.

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

Retina dekolmanı olan hastalarda skleral çökertmeye alternatif olarak pnömotik retinopeksi veya pars plana vitrektomi ameliyatı sayılabilir. Bu yöntemlere karar vermeniz durumunda, bu yöntemlerin fayda ve riskleri sizlere anlatılacaktır.

6. **Tedavi Komplikasyonları (istenmeyen ama oluşabilen zararlı sonuçlar) ve Riskleri Hakkında Bilgi:**

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz tabakalarında yırtık ve delinme, 2. Göz içine veya göz dışına kanama, 3. Dokularda delinme ya da zedelenme

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz içi ve/veya dışı enfeksiyon, 2. Retina yırtıkları, 3. Retina dekolmanı, 4. Enfeksiyon, 5. Göz içi basıncının geçici ya da kalıcı olarak yükselmesi, 6. Katarakt, 7. Göz içi basıncının düşmesi, 8. Görme noktasında sıvı toplanması, 9. Görme noktasında anormal zar gelişimi, 10. Çift görme, 11. Şaşılık, 12. Gözün kırma kusurunda değişiklikler (özellikle 360 derece çökertmede miyopide artış), 13. Ameliyatta kullanılan materyali göz zamanla dışarı atabilir veya materyal gözün farklı bölgelerine kayabilir, 14. Ameliyat sonrası gerek komplikasyonlar, gerekse göz ameliyatına sebep olan hastalığınızın tekrarlaması, ikinci veya daha fazla sayıda cerrahi girişimi gerektirebilir.

Bu komplikasyonların bazılarının tedavisi mümkündür. Bazı durumlarda komplikasyonlara bağlı olarak kalıcı görme kaybı ile gözün küçülmesi ve kaybı gelişebilir.

7. **Anestezi Tekniği ve Buna Ait Gelişebilecek Komplikasyonlar Hakkında Bilgi:**

Lokal anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda retrobulber iğne ile zedelenme, 2. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, 3. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 4. Göz arkasında kanama

Genel anestezi ile ilgili bilgi anestezi uzmanı tarafından verilecektir. Anestezi uzmanı ile görüşüp gerekli bilgiyi alınız.

8. **Skleral Çökertmeyi Reddetme Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Fayda Ve Riskleri Hakkında Bilgi:**

Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşacağınız riskler şunlardır: 1. Retina tabakası sürekli olarak yerinden ayrılmış durumda kalırsa, görmeyi sağlayan hücreler hasara uğrar ve kalıcı görme kayıpları meydana gelebilir, 2. Görme noktasını tutan dekolmanlarda görme noktasında kalıcı hasar meydana gelebilir. Süre uzadıkça daha sonra ameliyattan fayda görmez hale gelir, 3. Zamanla gözde küçülme ortaya çıkabilir.

9. **Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri Hakkında Bilgi:**

Ameliyat sonrası lokal antibiyotikli, steroidli ve enflamasyon önleyici damlalar ya da pomatlar kullanmanız gerekecektir. Bunlara ilaveten gerekirse oral ya da damar içi antibiyotik ve steroidli ilaçlar da tedavinize eklenebilir. Ameliyat sonrası verilen tedavilerde amaç, ameliyat sonrası gelişebilecek enfeksiyonları ve doku enflamasyonunu önlemektir. Her ilaç kullanımında genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir ve ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir.

10. **Sağlığı İçin Kritik Olacak Yaşam Tarzı Özellikleri Hakkında Bilgi:**

Daha sağlıklı bir yaşam için, altta yatan hastalığınıza göre değişmekle birlikte tedavi için yapılan cerrahi girişim yanında sıra, sigara içmemeniz, varsa hipertansiyon, kalp problemleri veya şeker hastalığının tedavisi ve sağlıklı beslenmeniz de önem taşımaktadır.

11. **Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:**

Cerrahi sonrası tıbbi yardıma gereksinim duyduğunuzda, cerrahinin yapıldığı kliniğe başvurmanız en uygunu olacaktır. Ameliyat sonrası ilk 24 saat ağrı normaldir. Bu süre içinde uygun ağrı kesiciler kullanılır. Sonrasında genellikle ciddi ağrı olmaz, yanma, batma ve kızarıklık normaldir. Sonradan başlayan ve ağrı kesiciye cevap vermeyen şiddetli ağrı, görmede ani azalma ve beraberinde sonradan artan ciddi kızarıklık önemli olabilir. En yakınınızdaki göz hekimine acilen başvurmanızı gerektirir. Ayrıca 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

BİREYSEL RİSKLER:

.....

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 Skleral Çökertme 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 Skleral Çökertme 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 : .....