Hasta Adı/Soyadı

Dosya No

Size uygulanacak tıbbi müdahaleyi ve yaşanması muhtemel riskleri (muhtemel 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 nedeniyle 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 (siklodestrüksiyon 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:**

Glokom (göz tansiyonu), göz içi basıncının görme sinirini tahrip edecek kadar yükselmesi nedeniyle görme kaybına yol açan bir hastalıktır.

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

Normal bir gözde göz sıvısı devamlı olarak üretilir ve dengeli bir şekilde emilerek boşaltılır. Böylece göz içi basıncı normal düzeylerde kalır. Genelde 20–21 mm Hg'in altındaki göz tansiyonu normaldir. Ancak daha alt seviyelerdeki tansiyonda bile glokom hastalığı görülebilir. Üretilen göz sıvısının boşaltılması engellenirse göz içi basıncı artar. Burada, göz sıvısının kan damarlarına ulaşmasını sağlayan kanalcıklarda normalde olmaması gereken bir tıkanıklık durumu söz konusudur ve biriken göz sıvısı göz içi basıncını arttırır. Göz içi basıncının yüksek olması göz sinirine zarar verir ve tedavi edilmediği takdirde körlüğe kadar giden görme kaybına neden olur. Glokom nedeni ile bugüne kadar oluşmuş olan görme siniri hasarının geri döndürülmesi mümkün değildir. Ancak, göz içi basıncı düşüşü sağlandığında bu hasarın ilerlemesi durdurulabilir

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

Siklodestrüksiyon ameliyatı, hastanemizde, doktorunuz ..... tarafından veya onun gözetimindeki uzmanlık öğrencisi ve anestezi, ameliyathane personeli eşliğinde yapılacaktır. Ameliyattan sonra size ayrıca sözlü ve yazılı olarak nelere dikkat etmeniz konusunda bilgilendirme yapılacaktır. Siklodestrüksiyon cerrahisinin başarı şansı yüksektir. Ameliyat süresi ortalama 20-30 dk arasında değişmektedir. Ameliyattan sonra ertesi gün gözünüz açılacaktır.

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

Bu işlem esnasında gözünüzün çevresi lokal anestezi ile uyuşturulacaktır. Nadiren genel anestezi gerekmektedir. Genel anestezi muayenesi sırasında hastanıza ait riskleri daha detaylı olarak anestezi doktorundan alabilirsiniz.

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

Ameliyat dışında ilaçla göz tansiyonu kontrol edilmeye çalışılır. Hayat boyu ilaç kullanmak gereklidir. Laser ile göz tansiyonu düşürme hafif durumlarda faydalı olabilir.

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

   a. Göz içi basıncı kontrol altına alınamaması halinde işlemin tekrar edilmesi gerekebilir

   b. Hipotoni (göz içi basıncının normal seviyenin altına düşmesi)

   c. Görme kaybı

   d. Ağrı

   e. İnflamasyon (iltihap)

   f. Kistoid makula ödemi (gören noktada sıvı toplanması)

   g. Kanama

   h. Fitizis bulbi (göz küresinin sönmesi)

7. **Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi**

Uygulanacak işlem genel/lokal/sedasyon/topikal anestezi altında uygulanabilir. Lokal anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme, anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon ve göz arkasında kanamadır. 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. Genel anestezi ile ilgili anestezi doktorunuzdan bilgi alınız.

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

   a. Glokom daha fazla ilerleyip görme sinirinde hasar daha da artabilir göz içi basıncında artış ve ağrılı bir reaksiyon oluşumuna neden olabilir

   b. Ağrılı ataklar geçirilebilir ve zamanla görme alanında daha ciddi kayıplar oluşabilir.

   c. Sonuç olarak görme daha fazla ve kalıcı olarak azalabilir.

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

Her ilaç kullanımında genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir ve ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir. Belirli bir ilaca veya gıdaya alerjiniz varsa bunu mutlaka tedavi öncesi doktorunuza bildiriniz. Tedaviniz öncesi veya sonrası başka bir nedenle ilaç veya bitkisel ürün kullanıyorsanız veya yeni kullanmaya başlayacaksanız bunları hekiminize mutlaka bildiriniz. Aspirin veya kan sulandırıcı ilaçlar alıyorsanız bunları öneren uzmanın da onayını alarak ameliyattan en az 7 gün önce bırakınız. Mevcut ilaçlarınızı kullanırken size belirtilmeyen bir durumla karşılaşırsanız bunu yine hekiminize bildiriniz.

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

Ameliyattan en az 5 saat önce hiçbir şey yemeyiniz, içmeyiniz. Ameliyat sonrası bazen aynı gün bazen ertesi gün taburcu olacaksınız. Bazen bu süre birkaç gün uzayabilir. Ameliyattan 3 saat sonra sulu gıdalar almaya başlayabilir, 12 saat sonra normal beslenmeye geçebilirsiniz. İlk 3 gün banyo yapmayınız. El hijyenine azami özen gösteriniz. Damla öncesi mutlaka ellerinizi sabunlu su ile yıkayarak kağıt havlu ile kurulayınız. İlaçlarınızı size önerilen şekilde ve zamanda düzenli kullanınız. Kontrollerinizi ve pansumanlarınızı aksatmayınız. Ameliyat öncesi ve sonrası üşütmemeye nezle grip olmamaya özen gösteriniz. İlk gün araç kullanmayınız, ne zaman işe döneceğiniz hekiminiz tarafından size söylenecektir.

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:

.....

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)