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: Göz içi lensi uygulanan modern katarakt cerrahilerinde lensi desteklemek için kataraktın arka zarı yerinde bırakılır. Bu zar zamanla bulanıklaşıp görmede bozulmaya neden olabilir Bazen hastalarda ışıkların çevresinde ışık saçılmaları şikayetleri de yapabilir. Bu problemler zamanla daha kötü hale gelebilir.

1.İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Opr. Dr. **.....**tarafından yapılacaktır

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Arka lens zarında oluşan bulanıklığı giderip görmenin artırılması

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Görme azalması dahada artık ancak ameliyatla düzeltilebilecek kadar zarda ilerlemesi, sonuç olara görme kaybı.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Alternatifi cerahi operasyon

5.İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI: Lazer bile olsa bu bir cerrahidir(ameliyattır). Komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Yeni göz içinde yüzen cisimcikler ortaya çıkabilir. Retina ödemi veya retina dekolmanı (yırtılması) bu tip bir cerrahide de ortaya çıkabilir. Göz içi basıncı geçici olarak yükselebilir. Göz lensi yerinden oynayabilir ve bunun için ameliyat gerekebilir.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: İşlemin tahmini süresi 20 dakikadır.

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 :
İMZASI:

HASTA YAKININ ADI-SOYADI :
İMZASI:

11.DOKTORUN ADI-SOYADI-ÜNVANI: .....İMZASI.....

12 .RIZANIN ALINDIĞI TARİH/SAAT/: .....

Not: Lütfen el yazınızla "1 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)**