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/İŞLEM TANIMI: Gözünüzde delinme olmuştur. Bu delinmenin ilk aşamada dikilmesi ve gözün sönmesinin engellenmesi planlanmaktadır. Fakat gözünüzde, darbenin şiddetine bağlı olarak hasar kalabilecek ve bu nedenle görmenizde azalma da olabilecektir. Bu azalmayı darbenin şiddeti ve zamanla olabilecek diğer sorunlar belirleyecektir. ilk planda dikiş işleminden sonra eğer takibiniz burada yapılamazsa(gözün arka tabakasında yırtık,kanama,gözün mikrop tutması,katarakt vb. ileri merkezlerde tedavi gerektiren sorunlar) ileri bir merkeze sevkiniz yapılacaktır. Dikiş işleminden sonra dikişler gevşer ya da mikrop kapar ve koparsa ikinci bir ameliyat gerebilir. Ameliyatta gözdeki yaranın ciddi ve kötü olmasına bağlı olarak gözdeki yırtık istenilen şekilde dikilemeyebilir ve bunun için farklı yöntemlerle yarayı kapatma yoluna gidilebilir ya da mevcut halinizle ileri bir merkeze sevk edilebilirsiniz. Ameliyat sonrası gözünüzde katarakt, gözbebeğinde şekil bozukluğu, sinir tabakada yırtık gibi 2. hatta 3. defa ameliyat gerektirebilecek durumlar olabilir.

1. İŞLEMİN KİMİN TARAFINDAN YAPILACAĞI: Opr. Dr. .....

2. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Görme kayıplarının engellenmesi, varsa yabancı cisimlerin gözden uzaklaştırılması, yırtığın onarılması gözün sönmesinin engellenmesi

3. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Göz içeriği boşalıp tamamiyle göz kaybına sebep olabilir, enfeksiyon oluşabilir, Göz sönmesi oluşabilir.

4. VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ: Alternatifi yoktur.

5. İŞLEMİN RİSKLERİ/KOMPLİKASYONLARI: Görme kayıpları, gözün enfeksiyon kapması, yırtığın onarılamaması, tekrar ameliyatın gereksinimi.

6. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: ..... Saat sürmektedir.

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 "2 sayfadan oluşan bu onamı okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

NOT: Bu onam formu iki nüsha olarak doldurulup bir nüshası hastaya verilecek bir nüshası da hasta dosyasına konulacaktır