

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : HD-FR-79 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :00
	ŞAŞILIK CERRAHİSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon Tar.: Sayfa No :1/3

Hasta Adı-Soyadı :
Tarih : Protokol No :

TANI HAKKINDA BİLGİ:

Optimed Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız.Sağ(.....),Sol(.....)gözünüze.....
..... tanısı konulmuştur.

TEDAVİ YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....), Sol (.....) gözünüze ŞAŞILIK CERRAHİSİ ameliyatı öngörülmektedir.

Göz kaymasının düzeltilmesi hasta açısından isteğe bağlı yapılan bir cerrahi olup zorunlu değildir.Şaşı doğan bebeklerde en iyi düzeltme zamanı 6 ay ile 18 ay arasındadır. Erken yapılan cerrahi iki gözün görüntüleri birleştirilerek hayat boyu normale yakın bir şekilde birlikte kullanılmasını sağlaması açısından tavsiye olunur.

Yaralanma veya hastalığı takiben ortaya çıkan erişkin başlangıçlı şaşılıkta ise çift görmeyi ortadan kaldırmaya yaraması açısından tavsiye edilir. Erişkinlerdeki sonuçlar bebek ve çocuklara kıyasla erişkinlerin göz cerrahisine adaptasyon azlığı nedeniyle daha az başarılı ve hatta bazen hayal kırıklığı yaratacak sonuçları olabilir.

Bu işlem yaklaşık 40-45 dakika civarındadır.

ALTERNATİFLERİ:

- Cerrahi yapmamak
- Küçük kaymalarda prizmalar
- Cerrahi endikasyon olmadığında lense bağlı uyumsal içe kaymayı azaltmak için gözlük camları veya ilaç tedavileri
- Göz egzersizleri (ortoptik tedavi) bazı zaman zaman ortaya çıkan dışa kaymalarda yardımcı olabilir.
- Çift görmeyi kontrol etmede bir göz kapatılabilir.

CERRAHİNİN AÇIKLAMASI:

- Göz kasları gerginleştirilir veya gevşetilir.
- Göz kasları göz küresinden ayrılmaz fakat yeni yerlerine bağlanır.
- Emilebilen iplikler kullanılır.
- Lokal veya genel anestezi uygulanır.
- Bazen 24-48 saat süren arılar oluşabilir.
- Genellikle kalıcı skar dokusu oluşmaz.
- Genellikle gözler iki hafta kadar kırmızı kalır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : HD-FR-79 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :00
	ŞAŞILIK CERRAHİSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon Tar.: Sayfa No :2/3

- Cerrahiden sonra 1 hafta kadar ilaç tedavisi yapılır.

TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI VE RİSKLERİ:

Genel veya lokal olsun bazı anestezi riskleri mevcuttur. Çok ender durumlarda literatürde ölüm, beyin fonksiyonlarında bozulma, zatürre ile anesteziye veya başka nedenlere bağlı görmede kayıp bildirilmiştir. Bunların bir kısmı kanama, retina dekolmanı, enfeksiyon veya göze gelen kan akımının bozulmasına bağlıdır.

Gözler bazen ameliyattan sonra tam düz hale gelmeyip birden fazla cerrahi gerekebilir.

Bazen gözkapağı pozisyonu değişebilir.

Daha küçük riskler ciddi olmayan göz küresi etrafındaki konjonktivada kanama,korneada çizilme,yüzey enfeksiyonları, kırmızı göz, iplik reaksiyonları, ağrı, implantasyon kistleri ve skar dokusu oluşması ve diğer minör riskleri içerir.

Her muhtemel komplikasyonun buraya listelenmesi de ayrıca mümkün değildir.

KİŞİYE ÖZEL BİLGİLER

.....
.....
.....

Hasta Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Hekim Adı Soyadı :..... İmza:..... Tarih:.....

Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/ İzleyiciler: Yapılacak işlemin, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat sırasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum. Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

Hasta Onamı:

Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimlerle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, telkin, maddi veya manevi baskı altında olmaksızın ameliyatı kabul

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No : HD-FR-79 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No :00
	ŞAŞILIK CERRAHİSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon Tar.: Sayfa No :3/3

ettiğimizi ve onay verdiğimizizi beyan ederiz.

Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığının üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlara maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum

İşlem sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumun da gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda işlemi yapacak ekibin uygun göreceği girişimlerde bulunmasına da izin ve onay veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

Hasta Adı Soyadı : Tarih/Saat :

İmzası :

veya

Hasta Vasisi/Yakınının Tarih/Saat :

Adı Soyadı : İmzası :

(Yakınlığı.....)

Tercüman 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. Hasta/hasta yakını girişine yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Hekim Adı Soyadı : Tarih/Saat:

İmzası :