

Hasta Adı-Soyadı :  
Tarih : Protokol No :

**TANI HAKKINDA BİLGİ:**

Optimed Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....),Sol(.....)gözünüze..... tanısı konulmuş olup, FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFI tetkikine gereksinim duyulmuştur.

**TEDAVİ YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ :****Fundus Flöresein Anjiogrefi Neye Yarar?:**

Flöresein özelliği olan boya koldaki yüzeysel toplardamarlardan verildikten sonra göz damarlarına geçer. Bundan sonra gözün retina ve koroid adı verilen tabakalarındaki damarların akım özellikleri, bütünlükleri, bu tabakaların ince detayları görülür. Bu yüzden;

- Şeker hastalığına bağlı anormal sızıntılara yol açan damarlarda seyreden retinopatilerde
- Damar tıkanıklıklarında
- Yaşa bağlı maküla bozukluklarında
- Retina damarlarındaki hastalıklarda kullanılır. Böylece uygun tedaviler planlanabilir.

**Anjisografinin Çekilişi:**

Hasta fundus kamera aletinin önüne oturtulur. Genellikle ön koldan yüzeysel bir toplardamardan önce size reçete edilmiş olan flöresein içeren ilaç enjekte edilir. Bundan sonra hastanın gözünü söylenen pozisyonlarda tutması önemlidir. Bu sırada hastanın her iki gözünden çok sayıda fotoğraflar çekilir.Film çekilirken özellikle erken dönemde hastanın uyumlu olmaması ve istendiği şekilde durmaması tetkikin değerlendirilmesini zorlaştırabilir.

**TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI VE RİSKLERİ:****Anjiografinin Yan Etkileri :**

İşlem sırasında gözü genişletmek için kullanılan damlalar 3 (üç) gün kadar bulanık görmeye neden olur. Bu yüzden hastalar bu sürede taşıt kullanmamalı mümkünse yalnız yolculuk yapmamalıdır. Ciltte ve idrarda flöresein boyaya bağlı sarımsı renk değişikliği birkaç gün sürer.Anjiografiden sonra bir süre yapılacak olan bazı kan testlerinde karışıklık söz konusu olabilir.

Boya enjeksiyonundan 30-60 saniye kadar sonra hastaların %2-4' ünde geçici bulantı ve kusma olabilir. Bu sırada film çekildiği için hastanın derin nefes alarak kendini tutabiliyorsa bunu engellemesi film açısından önemlidir. Bulantı hissi geçicidir.

Çok nadiren bazı alerjik reaksiyonlar olabilir. Daha önceden benzer ilaçlarının ya da çok alerjik bünyeniz varsa bunu bildirirseniz uygun ön tedaviler verilebilir. Bununla birlikte Beklenmeyen bir durumda da gerekli ilaç ve tedaviler uygulanır. Meme kanseri için mastektomi ve lenf nodu eksizyonu geçirdiyseniz diğer kolunuz için ilaç verilmesini öneriniz.

Flöreseinin plasentaya geçtiği gösterilmemiştir, ancak özellikle gebeliğin ilk üç ayında kullanılmaması uygundur.İşlem sırasında bol miktarda su içilmesi gereklidir.

Anjiografi için hastanın bazı dahili problemlerinin çözülmesi gerekmektedir. Öncelikle böbreklerinin ilaç süzme görevinde sorun olmaması, kan basıncının ve kan şekerinin kontrol altında olması uygundur. Bu yüzden hastalarımızın tetkik

öncesi dahiliye muayenesini tamamlamış ve dahiliye doktorlarının iznini almış olması beklenir.

**Hasta Onamı:**

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı,riskleri,komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

Sağ (.....), Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ işleminin Dr..... Ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Ameliyat sırasında çok ender olarak daha önce emsali yaşanmamış farklı bir durumunda gelişebileceğini biliyorum ve bu durumda ameliyat ekibinin 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 : İmzası : Tarih:

Hasta Vasisi/Yakınının : İmzası : Tarih:  
Adı Soyadı  
(Yakınlığı.....)

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.

Doktor Adı Soyadı :

İmzası :

Tarih :