



STEROİD (GÖZİÇİ/SUBTENON) ENJEKSİYON İŞLEMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

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 SUBTENON(.....)İNTRAVİTREAL (.....) STEROİD ENJEKSİYONU ameliyatı öngörülmektedir.

Göze uygulanan steroid tedavisi, direkt olarak göz içine enjeksiyon veya göz küresi etrafına enjeksiyon şeklinde uygulanacaktır. Uygulama öncesi göz çevresi ve göz içi antiseptik solüsyonlarla temizlenecektir. Gözünüze ağrı duymanızı önleyecek anestezi damlalar damlatılacaktır. Enjeksiyon gözün saydam olmayan bölümünden göz içine veya çevresi dokulara uygulanacaktır. Tedavi sonrası antibiyotikli veya gerekirse göz içi basıncınızı düşürmek için damlalar kullanmanız gerekecektir. Göz içi basıncınızın takibi için kontrollere çağırılacaksınız. Tedavi sonrası 3 saat kadar yatmamanız gerekmektedir. Enjeksiyon sonrası göz önünde uçuşmalar ve beyaz bir leke görebilirsiniz. Tedavideki amaç tanınıza göre farklılıklar göstermektedir. Göz içi iltihabın azaltılması veya önlenmesi, anormal damarların gelişiminin engellenmesi, göz damar iltihaplarının iyileştirilmesi, retina tabakası ve merkez görme noktasında sıvı birikimlerinin azaltılması hedeflenen amaçlardır.

TEDAVİ BAŞARI ŞANSI VE SÜRESİ:

Tedavi süresi 5-15 dk arasında değişebilmektedir.

TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI VE RİSKLERİ

1. Enfeksiyon
2. Retina tabakasının yerinden ayrılması
3. Göz içi kanama
4. Göz içi basıncında geçici veya kalıcı yükselme
5. Katarakt
6. Ağrı

Bu komplikasyonların bazılarının tedavisi mümkündür. Komplikasyonlara bağlı kalıcı görme hasarı gelişebilir..

Tedavinin Kabul Edilmemesi Durumunda Karşılaşılabilecek Komplikasyonlar:

Size önerilen tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşılabilecek riskler şunlardır;

1. Tanınıza göre altta yatan hastalığın ilerlemesi görmenizde azalmaya, gözünüzde ağrıya, göz içi kanamalara ve göz içi iltihaplarına neden olabilir.
2. Görmenizi tamamen yitirebilirsiniz.

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 SUBTENON(.....)/İNTRAVİTREAL (.....) STEROİD ENJEKSİYONU işleminin Uzm.Dr. ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum ve 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 :