

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 tedaviye gereksinim duyulmuştur.

TEDAVİ YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ :

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....), Sol (.....) gözünüze **LASER FOTOKOAGULASYON** işlemi öngörülmektedir.

Laser Fotokoagulasyon işleminin amacı, daha önceden belirlenmiş bir retina bölgesinde çevre dokularda minimal hasar oluşturarak bir terapötik yanık meydana getirmektedir. Laser Fotokoagulasyon, retinanın vasküler hastalıkları, maküler koroidal neovasküler membranlar, retinal yırtıklar ve retinada yırtığa sebep olabilecek periferik dejenerasyonlar ile bazı intraoküler tümörlerin tedavisinde kullanılmaktadır. İşlem öncesinde gözbebeğinizi genişletici damlalar gözünüze damlatılacaktır. Topikal anestezi madde uygulamasını ve göz yüzeyine mercek konulmasını takiben laser uygulaması uygun kadranslara yapılacaktır. Sadece lokal bir hasar veya ödem varsa , yalnız o bölgeye laser uygulaması yapılır. Hasar sadece bir sahaya sınırlı değilse, maküla (keskin görme noktası) bölgesi hariç tüm retinaya birkaç seans boyunca laser uygulanabilmektedir. İşlem sonrasında inflamasyonun engellenmesi için 3-4 gün süre ile damla tedavisi önerilmektedir.

TEDAVİ BAŞARI ŞANSI VE SÜRESİ:

Laser Fotokoagulasyon işleminin başarı şansı yüksektir. İşlem sırası kısadır.

TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI VE RİSKLERİ

1. İnflamasyon
2. Göz içi kanama
3. Göz içi basıncında geçici ve kalıcı yükselme
4. Ağrı
5. Göz içi ve dışı enfeksiyon

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

Tedavinin Kabul Edilmemesi Durumunda Karşılaşılabilecek Komplikasyonlar:

1. Tanınıza göre alttan yatan hastalığın ilerlemesi görmenizde azalmaya, gözünüzde ağrıya, göz içi kanamalara neden olabilir.
2. Görmeyi 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 LASER FOTOKOAGULASYON işleminin Op.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 :