



LAZER TRABEKÜLOPLASTİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı

Dosya No

Tarih

.....

.....

.....

ALT ve SLT cerrahileri açık açılı glokomda uygulanır. Lazer trabeküler ağ olarak bilinen drenaj sistemini tedavi etmek için kullanılır. Böylece göz içinde biriken sıvının dışarı daha çok çıkması ve göz içi basıncını düşürmek amaçlanır.

Bu işlemler bir kısım hastaya yararlı olmasına rağmen bazılarında yararlı olmamaktadır. Yararlı olacağı düşünülen vakalar glokom tipine ve göziçi yapıların durumuna göre belirlenir. Doktorunuz herhangi bir kişide mutlaka veya ne kadar işlemin yararlı olacağı konusunda size garanti veremez.

İşlem önce ve sonra göz damlaları kullanmanız gerekecektir. İşlemden sonra göz tansiyonunuz artabileceği için 1-1,5 saat sonra göz tansiyonuza bakılması gerekir. Gerekirse başka ilaçlar da yazılması gerekebilir. Çok ender olarak göz içi basıncı cerrahi gerektirecek kadar yükselebilir.

Bir çok hastada lazerden sonra birkaç saat bulanık görme olur. Kalıcı görme kusur kalma şansı çok küçüktür.

Lazer cerrahisi sonrası ilaçlar genellikle 1 hafta kullanılır. Bunlar arasında glokom ilaçları da bulunabilir. Lazerden sonra glokom ilaçlarının tamamen kesileceği garantisi verilemez, hatta bir çok hastada glokom ilaçları devam gerektirir.

Birkaç hafta sonra lazer tedavisinin etkisi anlaşılır. Yeteri kadar basınç azalması sağlanmadıysa tekrar aynı işlem veya filtrasyon cerrahisi önerilebilir.

Bu işlemde karşılaşılabilecek ender komplikasyonlar: göz içinde kanama, enflamasyon, katarakt veya başka cerrahiler gerektirecek kadar göz içi basıncının artması. Bu formda her karşılaşılabilecek komplikasyonu belirtmek imkanı yoktur. Bana önerilen işlemin sonuçları için hiçbir garanti verilmemiştir. Onam formunu okudum ve anladım; sorularıma tam anlamıyla cevap verilmiştir. Ben Op. Dr.....'agözümün ameliyatı için yazılı onam veriyorum.

Hastanın Adı-Soyadı : **İmzası:**..... **Tarih:**

Hasta vasisi/yakınının Adı Soyadı:..... **İmzası:**..... **Tarih:**
(Yakınlığı:.....)

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktorun Adı Soyadı :..... **İmzası:**..... **Tarih:**