

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-88 Yayın Tarihi :10.09.2009
	KAPAK AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Revizyon No:01 Revizyon Tar.:05.10.2022 Sayfa No :1/3

Hasta Adı-Soyadı :

Tarih :

Protokol No:

GENEL BİLGİLER

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLMENİZ GEREKENLER:

..... Göz Hastalıkları Kliniğine göz kapağınızdaki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ Sol..... gözünüze tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur.

NASIL BİR TEDAVİ/GİRİŞİM UYGULANACAK (ALTERNATİF TEDAVİLER HAKKINDA BİLGİ İÇERMELİDİR):

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ..... Sol..... gözünüze ameliyatı önerilmektedir.

Kapak cerrahisi; kapak şekil bozuklukları (kapak düşüklüğü, kapağın içe veya dışa doğru dönmesi, kirpik dönmesi, kapakların yetersiz kapanması) kapak tümörleri ve kozmetik nedenlerle uygulanmaktadır. Bu cerrahiler cilt yolu veya konjonktiva yolu ile uygulanabilmektedir. Bazı olgularda daha iyi sonuç alınabilmesi için kişinin kendisinden alınan greftler veya hazır implantlar kullanılabilir. Bu ameliyat yaklaşık olarak 20-30 dk sürmektedir.

TEDAVİ KOMPLİKASYONLARI VE RİSKLERİ

Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Göz kapağı ve çevresine anestezi amacıyla yapılan ciltaltı enjeksiyona bağlı morarma ve şişlik,
2. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon,
3. Göz arkasında kanama,
4. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar.

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. İğne anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında az da olsa ağrı hissedilmesi olasıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-88 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No:01 Revizyon Tar.:05.10.2022 Sayfa No :2/3
	KAPAK AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

2. Ameliyat sırasında nadiren gözün açık kalmasına bağlı olarak kornea tabakasında epitel defekti oluşabilmektedir.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

- 1.Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma.
2. Kesi yerinde enfeksiyon gelişebilir.
3. Kullanılan dikiş materyaline, greft ve implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir.
4. Fonksiyonel ve anatomik başarının tam sağlanamaması.
5. Kapak asimetrisi
6. Tedaviye rağmen hastalığın nüks etmesi.
7. Kapak tümörü ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi.

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 ettiğimizi ve onay verdiğimizi 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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-88 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No:01 Revizyon Tar.:05.10.2022 Sayfa No :3/3
	KAPAK AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

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: