

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-754 Yayın Tarihi :05.12.2023 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 1 / 3
	ŞALAZYON AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

Hasta Adı-Soyadı : Doğum Tarihi :
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 kapağındaki salgı bezlerinin iltihaplanmasıdır. Alt, üst veya her iki göz kapağında birlikte ağrısız sert ve yuvarlak bir nodül şeklinde görülür. Göz kapağında ağırlık, kızarıklık batma sulanma ve görme bozukluğuna sebep olur. Şalazyonun tedavisinde ilaçlar etkili olmaz. Şalazyon içine iğne yapılabilir. Ancak şalazyon büyük ise tedavisi için tek seçenek cerrahidir.

ANESTEZİ

Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanı ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

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

Gözde belirgin rahatsızlık yapıyorsa (kızarıklık, batma, sulanma gibi 9 görme bozukluğuna yol açıyorsa, göz kapağı ağırlığı ile kapanıp görmeyi tehlikeye düşürecek bir risk oluşturuyorsa, estetik bakımdan hastayı rahatsız eden bir kusur oluşturuyorsa ve diğer tıbbi zorunluluk hallerinde şalazyon ameliyatı yapılır. Şalazyon ameliyatı lokal anesteziyle yapılır ve hastanede yatmayı gerektirecek bir ameliyat değildir. Günlük yaşantınızı birkaç gün etkiler. Nodül olan göz kapağı içinden lokal anestezi yapılır, küçük bir kesiyle nodül kürete edilir ve antiseptik sıvı ile temizlenir.

ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Şalazyon büyük ise tedavisi için tek seçenek cerrahidir

RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI

LOKAL/GENEL anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon
2. Göğüs kapağı arkasında kanama

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-754 Yayın Tarihi :05.12.2023 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 2 / 3
	ŞALAZYON AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

3. Çocuklarda genel anestezi uygulanması gerekirse buna bağlı oluşabilecek sorunlar.

AMELİYAT SONRASINDA OLUŞABİLECEK KOMPLİKASYONLAR:

- Operasyonda ve sonrasında kullanılan ilaçlara karşı duyarlılık reaksiyonu
- Şalazyon ameliyat sonrasında tekrar oluşabilir, tekrar ameliyat gerekebilir.

İŞLEMİN GERÇEKLEŞTİRİLMEMESİ DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

Tedavi edilmediği takdirde yerleşim yerine göre kozmetik veya görsel bozukluklara sebep olabilir. Ya da çevresindeki dokulara baskı yapabilir.

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 verdiğimizizi 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

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

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-754 Yayın Tarihi :05.12.2023 Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 3 / 3
	ŞALAZYON AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	

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:

İmzası :