



Özel EKOL HASTANESİ
GÖZ İÇİ / SUBTENON / İNTRAVİTREAL ENJEKSİYON
İŞLEMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Doğum Tarihi:

Ana Adı:

TC Kimlik No:

Tanı Hakkında Bilgi:

Göz Hastalıkları Kliniğimize gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ Sol gözünüze tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ Sol gözünüze **SUBTENON (...)** / **İNTRAVİTREAL (...)** ENJEKSİYON ameliyatı önerilmektedir.

Göze uygulanan enjeksiyon tedavisi, direkt olarak göz içine enjeksiyon veya göz küresi etrafına enjeksiyon şeklinde uygulanmaktadır. Uygulama öncesi göz çevresi ve göz içi antiseptik solüsyonlarla temizlenecektir. Gözünüze ağrı duymanızı önleyecek anestetik damlalar damlatılacaktır. Enjeksiyon gözün saydam olmayan bölümünden göz içine veya göz çevresi dokulara uygulanacaktır. Tedavi sonrası antibiyotikli veya gerekirse göz içi basıncınızı düşürmek için damlalar kullanmanız gerekecektir. Göz içi basıncınızın takibi için kontrollere çağrılacaksınız. 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.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

Tedavi süresi 5-15 dk. arasında değişebilmektedir.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

- 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 olarak kalıcı görme hasarı gelişebilir.

Tedavinin kabul edilmemesi karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

Size önerilen tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşacağınız 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.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.72</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>03</i>	<i>04.01.2021</i>	<i>1 / 2</i>



Özel EKOL HASTANESİ
GÖZ İÇİ / SUBTENON / İNTRAVİTREAL ENJEKSİYON
İŞLEMİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



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 (...)** **ENJEKSİYON** işleminin 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 imzalıyorum:

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan işlemi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.			
İmzası:	Tarih:	Saat:	
Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise; Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:			
<input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı <input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük <input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok <input type="checkbox"/> Acil			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;			
Adı-Soyadı:	İmzası:	Tarih:	Saat:
Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);			
Adı-Soyadı:	İmzası:	Tarih:	Saat:

• 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden, • Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya "Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok." yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.72	01.01.2008	03	04.01.2021	2 / 2