



**Özel EKOL HASTANESİ**  
FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ (FFA) AYDINLATILMIŞ  
ONAM FORMU



**Klinik Adı:**

**Hastanın Adı Soyadı:**

**Baba Adı:**

**Doğum Tarihi:**

**Ana Adı:**

**TC Kimlik No:**

**Tanı Hakkında Bilgi:**

Kliniğimize gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ ..... Sol ..... gözünüze ..... tanısı konulmuş olup **FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ** tetkikine gereksinim duyulmuştur.

**Fundus flöresein anjiografi neye yarar?**

Flöresein özelliği olan boya koldaki yüzeysel toplar damarlardan verildikten sonra göz damarlarına geçer. Bundan sonra gözün retina ve koroid adı verilen tabakalarındaki damarların akım özellikleri, bütünlükleri, bu tabakaların ince detayları görülür. Bu yüzden; Şeker hastalığına bağlı anormal sızıntılara yol açan damarlarla seyreden retinopatilerde Damar tıkanıklıklarında Yaşa bağlı maküla bozukluklarında Retina damarlarındaki hastalıklarda kullanılır. Böylece uygun tedaviler planlanabilir.

**Anjiografinin çekilişi:**

Hasta fundus kamera aletinin önüne oturtulur. Genellikle ön koldan yüzeysel bir toplar damardan daha önce size reçete edilmiş olan flöresein içeren ilaç enjekte edilir. Bundan sonra hastanın gözünü söylenen pozisyonlarda tutması önemlidir. Bu sırada hastanın her iki gözünden çok sayıda fotoğraflar çekilir. Film çekilirken özellikle erken dönemde hastanın uyumlu olmaması ve istendiği şekilde durmaması tetkikin değerlendirilmesini zorlaştırabilir.

**Anjiografinin yan etkileri:**

İşlem sırasında gözü genişletmek için kullanılan damlalar 3 ( üç ) gün kadar bulanık görmeye neden olur. Bu yüzden hastalar bu sürede taşıt kullanmamalı mümkünse yalnız yolculuk yapmamalıdır. Ciltte ve idrarda flöresein boyaya bağlı sarımsı renk değişikliği birkaç gün sürer. Anjiografiden sonra bir süre yapılacak olan bazı kan testlerinde karışıklık söz konusu olabilir.

Boya enjeksiyonundan 30 – 60 saniye kadar sonra hastaların % 2 – 4' ünde geçici bulantı ve kusma olabilir. Bu sırada film çekildiği için hastanın derin nefes alarak kendini tutabiliyorsa bunu engellemesi film açısından önemlidir. Bulantı hissi geçicidir.

Çok nadiren bazı allerjik reaksiyonlar olabilir. Daha önceden benzer ilaç allerjiniz yada çok allerjik bünyeniz varsa bunu bildirirseniz uygun ön tedaviler verilebilir. Bununla birlikte beklenmeyen bir durumda da gerekli acil ilaç ve tedaviler uygulanır. Meme kanseri için mastektomi ve lenf nodu eksizyonu geçirdiyseniz diğer kolunuzu ilaç verilmesi için öneriniz.

Flöreseinin plesentaya geçtiği gösterilmemiştir, ancak özellikle gebeliğin ilk üç ayında kullanılmaması uygundur.

İşlem sonrası bol miktarda su içilmesi gereklidir.

Anjiografi için hastanın bazı dahili problemlerinin çözülmesi gerekmektedir. Öncelikle böbreklerinin ilaç süzme görevinde sorun olmaması, kan basıncının ve kan şekerinin kontrol altında olması uygundur. Bu

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.75</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>02</i>	<i>01.02.2016</i>	<i>1 / 3</i>



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ (FFA) AYDINLATILMIŞ**  
**ONAM FORMU**



yüzden hastalarımızın tetkik öncesi dahiliye muayenesini tamamlamış ve dahiliye doktorlarının iznini almış olması beklenir.

**Hasta Onamı:**

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalelenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ** 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 tetkiki 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.75	01.01.2008	02	01.02.2016	2 / 3