



Özel Ekol Hastanesi

ŞALAZYON AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.230	24.03.2026	00	-	1 / 3

Klinik Adı:
Hastanın Adı-Soyadı:
Doğum tarihi:
Dosya No:

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;

Bu form, göz kapağında bulunan yağ bezlerinin (Meibomian bezleri) tıkanması sonucu gelişen şalazyon (kapak kisti) nedeniyle planlanan cerrahi müdahale hakkında hastanın/velinin bilgilendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Şalazyon; göz kapağında genellikle ağrısız, bazen hassasiyet ve kızarıklıkla seyreden, zamanla büyüeyebilen kronik bir inflamasyon durumudur. Bu durum, göz kapağındaki yağ bezlerinin tıkanmasına bağlı olarak gelişir. Bazı hastalarda kendiliğinden veya medikal tedavi ile gerileyebilmekle birlikte, uzun süre devam eden, büyüyen veya görmeyi etkileyen durumlarda cerrahi müdahale gerekebilir.

Planlanan işlem; şalazyon içeriğinin boşaltılması (küretaj) ve gerekli durumlarda kapsül dokusunun temizlenmesini içeren küçük cerrahi bir girişimdir. İşlem genellikle lokal anestezi altında yapılmakta olup kısa sürede tamamlanmaktadır.

Bu işlem ile göz kapağındaki şişliğin giderilmesi, hastanın şikâyetlerinin azaltılması ve kozmetik görünümün düzeltilmesi hedeflenmektedir. Ancak, her cerrahi işlemde olduğu gibi bu işlem sonrasında da şalazyonun tekrarlayabileceği, nadiren iz kalabileceği ve tüm şikâyetlerin tamamen ortadan kalkacağına garanti edilemeyeceği tarafıma bildirilmiştir.

Ameliyatın Amacı

Bu ameliyatın amacı; şalazyon içeriğinin boşaltılması, inflamatuvar dokunun temizlenmesi ve göz kapağındaki şişliğin ortadan kaldırılmasıdır.

Uygulanacak İşlemin Tanımı

İşlem genellikle lokal anestezi altında gerçekleştirilir. Göz kapağı uygun şekilde uyuşturulduktan sonra şalazyon üzerine küçük bir kesi yapılır ve kist içeriği boşaltılır. Gerekli durumlarda kapsül dokusu temizlenir. İşlem ortalama 10–20 dakika sürmektedir. Çocuk hastalarda veya gerekli görülen durumlarda işlem genel anestezi altında da yapılabilir.

Olası Riskler ve Komplikasyonlar

- Enfeksiyon
- Kanama, morluk ve şişlik
- Şalazyonun tekrarlaması
- Göz kapağında şekil değişikliği veya iz kalması
- Göz kapağında hassasiyet veya geçici sertlik
- Nadiren kirpik kaybı veya yön değişikliği
- Çok nadiren görme ile ilgili problemler

Alternatif Tedaviler

Sıcak kompres uygulamaları, göz kapağı hijyeni ve ilaç tedavileri uygulanabilir.

Ameliyat Yapılmazsa

Şalazyon büyüeyebilir, enfekte olabilir veya kozmetik rahatsızlık artabilir.



Özel Ekol Hastanesi

ŞALAZYON AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i> HD.RB.230	<i>Yayın Tarihi</i> 24.03.2026	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 2 / 3
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

Tahmini Süre

İşlem ortalama 10–20 dakika sürmektedir.

Ameliyat Sonrası

İşlem sonrası hafif ağrı, şişlik ve morluk olabilir. Doktor önerilerine uyulmalıdır.

Hasta Hakları ve Bilgilendirme

Tarafıma uygulanacak işlem hakkında tüm bilgiler verilmiş, sorularım yanıtlanmıştır. Kendi özgür irademle kabul ediyorum.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği:

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 284 236 10 10) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

Tedaviyi Reddetme Hakkı

Bu ameliyatı kabul etmeme hakkınız bulunmaktadır. Ancak tedavinin reddedilmesi durumunda yukarıda belirtilen olası sağlık sorunlarının ilerleyebileceği tarafınıza anlatılmıştır.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında **bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz**.....

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorularımı yanıtladı.

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği takdirde, anestezi uygulamasının anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyorum, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Aşağıdaki alana el yazısı ile “OKUDUM ANLADIM ONAYLIYORUM” yazılacaktır.

.....



Özel Ekol Hastanesi

ŞALAZYON AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.230	24.03.2026	00	-	3 / 3

HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

.....
.....
.....

(Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.)

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:

Hastanın bilinci kapalı Hasta 18 yaşından küçük Hastanın karar verme yetisi yok Acil

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 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.

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

.....