



Özel EKOL HASTANESİ
EVİSERASYON-ENÜKLEASYON (Göz Küresinin Alınması)
AMELİYATLARI İÇİN 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 tedaviye gereksinim duyulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ Sol gözünüze ameliyatı önerilmektedir. Bu ameliyat sırasında **GÖZ KÜRESİ ALINACAĞI** için **GÖRME OLAMAYACAKTIR**. Ameliyat sokette kozmetik rehabilitasyon, tümör eksizyonu veya fonksiyonel nedenlerle uygulanmaktadır. Bu amaçla hastanın kendisinden alınan greftler veya hazır implantlar kullanılabilir.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon,
2. Göz arkasında kanama,
3. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar.

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Ameliyat sırasında kanama gelişebilir. Kanama genellikle ameliyat sırasında kontrol altına alınmasına rağmen ameliyat sonrasında da bir süre sızıntı tarzında da devam edebilmektedir.
2. Lokal anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında ağrı hissedilmesi olasıdır.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Erken dönemde ameliyat bölgesinde şişlik , morarma ve ağrı.
2. Ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişebilir.
3. Kullanılan dikiş materyaline greft veya implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir.
4. Göz arkası kanaması gelişebilir.
5. Tümör ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi.
6. Ameliyat sırasında yerleştirilen çeşitli ortezlerin vücut tarafından atılması.
7. Göz protezinin tekrar yapılması veya ayarlanması gerekebilir.

Hasta Onamı:

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

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.71</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>02</i>	<i>01.02.2016</i>	<i>1 / 3</i>



Özel EKOL HASTANESİ
EVİSERASYON-ENÜKLEASYON (Göz Küresinin Alınması)
AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



..... (sağ) (sol) gözüme uygulanması planlanan AMELİYATININ Dr. ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

..... (sağ) (sol) GÖZÜMÜN ALINMASINI kabul ediyorum.

HASTA ONAMI:

Hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dökümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere Özel Ekol Hastanesinde saklanmasını kabul ediyorum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan bu formu imzalıyorum.

DOKTOR ONAMI:

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 hasta ve hasta yakınına yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

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.71	01.01.2008	02	01.02.2016	2 / 3