



Özel EKOL HASTANESİ

RETİNA LASER FOTOKOAGULASYONU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



Klinik Adı:

Hastanın Adı Soyadı:

Baba Adı:

Ana Adı:

Doğum Tarihi:

TC Kimlik No:

Sayın hasta, hasta vekili / kanuni temsilcisi Bu form yapılacak retina laser işlemi ile ilgili olarak hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen girişim / tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.

Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

• Okutulmuş onaylatılması yasal bir zorunluluktur. Bilgi formları cerrahi tedavilerin öngörülen risk ve istenmeyen durumlarını (komplikasyon) açıklamak; diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi iletmek amacı ile kullanılırlar. Tanımlanan riskler çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu form bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir.

• Kendi kişisel sağlık durumunuza ya da tıbbi bilginize bağlı olarak, cerrahınız size değişik bilgiler ya da ek bilgiler verebilir.

• Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

• Önerilen girişimi / tedaviyi kabul etmemeniz durumunda **TEDAVİ RED** formunu doldurmak zorundasınız.

• Girişim / tedavi için onam belgesini imzalarsanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak; unutmamalısınız ki, "yasal açıdan" onamınızı girişim başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır. Girişim / tedavi için verdiğiniz onamı geri çekmeniz durumunda **TEDAVİ RED** formunu doldurmak zorundasınız.

• Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

• Aşağıda yazılı bütün bilgileri dikkatlice okuyup tüm sorularınızın yanıtlarını bulmadan, son sayfadaki formu imzalamayınız.

OPERASYONUN/İŞLEMİN ADI: RETİNA LASER FOTOKOAGÜLASYONU

Göz Kliniğine 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 **LASER FOTOKOAGÜLASYON** işlemi önerilmektedir.

LASER fotokoagulasyon işleminin amacı daha önceden belirlenmiş bir retina bölgesinde çevre dokularda minimal hasar oluşturarak tedavi edici yanık meydana getirmektir. LASER fotokoagulasyon, retinanın damarsal hastalıkları, görme noktasındaki yeni damar oluşumları, retina yırtıkları ve retinada yırtığa sebep olabilecek periferik dejenerasyonlar ile bazı göz içi tümörlerinin tedavisinde kullanılmaktadır. İşlem öncesinde gözbebeğinizi genişletici damlalar gözünüze damlatılacaktır. Anestezik damla uygulamasını ve göz yüzeyine mercek konulmasını takiben uygun kadranlara LASER uygulaması yapılacaktır. Sadece lokal bir hasar veya ödem varsa yalnız o bölgeye LASER uygulaması yapılır. Hasar sadece bir saha ile sınırlı değil ise maküla (keskin görme noktası) bölgesi hariç tüm retinaya birkaç seans LASER uygulanabilmektedir. Laser uygulaması gerektiğinde belli aralıklarla ,aynı göze birkaç defa tekrarlanabilir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

LASER fotokoagulasyon işleminin başarı şansı yüksektir. İşlem süresi kısadır.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri: Nadirdir.

1-İnflamasyon 2- kanama 3- Göz içi basıncında yükselme 4-Ağrı 5- Göz içi ve dışı enfeksiyon . Bu komplikasyonların bazılarının tedavisi mümkünken öncelikle tam kontrol altına alınamayan şeker hastalığı, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda ileri yaşta bazı komplikasyonlara bağlı kalıcı görme hasarı gelişebilir.

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

Size önerilen tedaviyi kabul edilmemesi durumunda altta yatan hastalığın ilerlemesi görmenizde azalmaya, gözünüzde ağrıya, göz içi kanamalara neden olabilir. Görmenizi tamamen yitirebilirsiniz.

İŞLEMİN FAYDALARI:

Retinadaki hasarın daha kötüye gidişi engellenmeye çalışılır.

İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

Alternatifi yoktur.

İŞLEM SÜRESİ: Değişkendir.Ortalama.....*Saat/...../Dakika sürecektir.*Müdahale sırasında gelişebilecek bir komplikasyona göre belirlenen sürede uzama olabilir.Böyle durumlarda ayrıca Doktorunuz tarafından bilgilendirileceksiniz.

Sormak istediğiniz başka şeyler varsa sorun. Ne zaman isterseniz, hatta bu formu imzladıktan sonra bile fikrinizi değiştirme

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HD.RB.67</i>	<i>01.01.2008</i>	<i>02</i>	<i>01.02.2016</i>	<i>1 / 2</i>

