
 URARTU GÖZ	LASER TRABEKÜLOPLASTİ / İRİDOPLASTİ / PUPİLLOPLASTİ UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.09	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/5

Sayın İlgili,

LASER TRABEKÜLOPLASTİ / İRİDOPLASTİ / PUPİLLOPLASTİ UYGULAMASINI ve bu işlem nedeniyle yaşanması muhtemel riskleri(zararlı durumları) açıklayan bu form, okumanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız, hekiminizle yapacağınız aydınlatma görüşmesinde bilgilendirilmiş olmanız amacı ile size verilmektedir.

Size uygulanacak tıbbi müdahaleler şikayetlerinizi azaltabileceği veya yok edebileceği gibi tıp biliminin riskli yapısı nedeni ile, gereken tüm önlemler alınmasına rağmen, oluşması engellenemeyebilen bazı zararlı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Oluşma ihtimali bulunan bu zararlı sonuçları göze alarak önerilen tıbbi müdahaleyi kabul etmeniz (formu imzalayarak onay vermeniz) halinde size, tıbbi uygulama (**LASER TRABEKÜLOPLASTİ / İRİDOPLASTİ / PUPİLLOPLASTİ UYGULAMASI**) yapılacaktır. Onay vermeyeniz durumunda tıbbi uygulama kesinlikle yapılmayacaktır.

Şimdi lütfen aşağıda yazılanları okuyun, değerlendirmelerinizi yapın ve anlayamadığınız yerlerle ilgili sorularınızı not olarak hekiminizle olan aydınlatma görüşmenizde hekiminizle paylaşın.

Aydınlatma görüşmesinden sonra uygulamanın gerçekleştirilmesini istiyorsanız; formdaki boşlukları doldurun, yazılanları okuyup anladığınızı ve kabul ederek onayladığınızı belirten şekilde formun her sayfasını imzalayın.



Tanı Hakkında Bilgi:

Urartu Göz Tıp Merkezine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze tanısı konulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **LASER TRABEKÜLOPLASTİ (...)** / **İRİDOPLASTİ (...)** / **PUPİLLOPLASTİ(...)** işlemi önerilmektedir.

Bu girişimle iris periferi ya da göz içi sıvısının drenajının sağlandığı açığı bölgesine lazer (Nd:YAG lazer, Argon lazer) uygulaması yapılarak, artmış olan göz içi basıncının görme sinirinde hasar oluşturamayacağı seviyelerde tutulması amaçlanmaktadır. İşlem öncesinde göz bebeğinin küçültülmesi ve/veya göz içi basıncının düşürülmesi için damlalar damlatılacaktır. Topikal anestezi madde uygulamasını ve göz yüzeyine mercek konulmasını takiben lazer uygulaması uygun kadranslara yapılacaktır. Gerekli olduğu takdirde ek bir seansta tekrar lazer uygulamasına gerek duyulabilmektedir. İşlem sonrasında göz içi basıncı artışının ve inflamasyonun engellenmesi için 3-4 gün süre ile damla tedavisi önerilmektedir. Bu ameliyatın amacı, kullanmakta olduğunuz tedaviye rağmen yüksek seyreden ve görme sinirinde harabiyete neden olan mevcut göz içi basıncını, görme siniri hasarının engelleneceği daha düşük değerlere ulaştırmaktır. Glokom nedeni ile bugüne kadar oluşmuş olan görme siniri hasarının geri döndürülmesi mümkün değildir. Ancak, göz içi basıncı düşüşü sağlandığında bu hasarın ilerlemesi durdurulabilir. Bunun sonucunda göz içi basıncının kontrol altına alınması ve ağrı

 URARTU GÖZ	LASER TRABEKÜLOPLASTİ / İRİDOPLASTİ / PUPİLLOPLASTİ UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.09	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/5

şikayetinin azaltılması amaçlanmaktadır. Ameliyat öncesinde göz bebeğinin küçültülmesi için damla damlatılacaktır. Ağrı hissetmemeniz için göz arkası ve çevresine iğne yapılacaktır.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

Lazer trabeküloplasti/iridoplasti işleminin başarı şansı yüksektir. İşlem süresi kısadır. Her tıbbi uygulamada olabileceği gibi bu ameliyatta da düşük ihtimalle tedaviden sonuç alınmaması söz konusu olabilir. Tedavide başarı şansı glokom tipine, glokom süresine, göz tembelliğine, ve hastanın bağışıklık sistemine göre değişebilmektedir. Ameliyat sonrası bakım talimatlarına uyulmaması da tedaviden sonuç almayı etkilemektedir.



Tedavi Komplikasyonları (istenmeyen ama oluşabilen zararlı sonuçlar) ve Riskleri:

En dikkatli ve iyi yapılan cerrahiye rağmen komplikasyonlar ve yan etkiler ortaya çıkabilir. Bu riskler ve komplikasyonlar aşağıda sıralanmıştır. Ayrıca, şu aşamada anlaşılamayan ve daha sonra ortaya çıkabilecek riskler de olabilir. Bunlar çok çok nadir olarak gerçekleşmektedir. Ancak, bu sizin gözünüzde gerçekleşirse, görmeniz şu andakinden kötü bir düzeye inebilir. Bu komplikasyonlarının bir kısmının tedavisi mevcutken, bir diğer kısmına bağlı olarak kalıcı görme hasarı oluşabilir.

Lokal/genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme, retina tabakasında ayrışma
2. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, 3. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 4. Göz arkasında kanama, retrobulber hemoraji gelişebilir. Kanamanın göze yaptığı basıncı azaltmak için göz kapağına gevşetici kesiler yapmak gerekebilir. Bu durumda kanama çekilinceye kadar ameliyat ertelenir.

İşlem sırasında ya da sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Ön kamarada reaksiyon 2. Göz içi basıncı değişiklikleri (özellikle işlem sonrası ilk 3-6 saatte erken dönemde göz içi basıncında geçici yükselmeler olabilir, nadiren bu artış daha uzun sürebilir) 3. Görme noktasında kistoid ödem 4. Ağ tabakada ayrılma (retina dekolmanı) 5. Üveit/inflamasyon/açı bölgesinde yapışıklık oluşumu 6. İriste kanama ve açıklıkta kapanma 7. Göz arkasında kanama 8. Görme merkezinde delik oluşumu 9. Kornea ve lens hasarı 10. Enfeksiyon 11. Görme aksında bulanıklaşma 12. Gözün damar tabakasında ayrılma 13. Göz içi lensinin kayması ya da düşmesi 14. Gözün ön odacığındaki sıvının arka tarafa yönelmesi nedeniyle göz içi basıncı artışı 14. Diabetik hastalarda iriste yeni damar oluşumu ve glokom oluşumunda hızlanma 15. Görme azalması 16. Göz içi basıncının aniden ve fazla düşmesine bağlı olarak gözün damar tabakasında ayrılma ya da kanama 17. Rutin kontrollerde saptanamamış ve ameliyat korkusunun tetikleyebildiği bir kalp hastalığı, hipertansiyon veya beyin kanaması gibi önceden tahmin edilemez hayati durumlar ortaya çıkabilir. 18. İşlem sırasında başlayan ve durdurulamayan öksürük benzeri nöbetlerin başlaması veya işlemin devam ettirilmesini olanaksız kılan hastadan kaynaklanan rahatsızlıklar ortaya çıkabilir. (aşırı korku, ajitasyon, sara nöbeti gibi) 19. İşlem öncesi hazırlık döneminde saptanamamış, ameliyat sırasında ortaya çıkan ameliyatın devamını imkansız kılan sorunlar olabilir. (Elektrik/jeneratör arızası, cihaz arızası, deprem, yangın vs..) 20. Göz içi basıncının aniden ve fazla düşmesine bağlı olarak veya hipertansiyona bağlı olarak gözün damar

	LASER TRABEKÜLOPLASTİ / İRİDOPLASTİ / PUPİLLOPLASTİ UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.09	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/5

tabakasında ayrılma ya da kanama 21. Ön kamarada kanama 22. Katarakt gelişiminin hızlanması 23. Konjonktival kanama 24. Üveit/inflamasyon/açı bölgesinde yapışıklık oluşumu 25. İriste kanama ve açıklıkta kapanma 26.Korneada sıvı toplanması 27.Fonksiyonel ve anatomik başarının tam sağlanamaması. Tedaviye rağmen hastalığın tekrarlaması veya lezyonun nüks etmesi 28. Kapak asimetrisi 29. Dokularda delinme ya da zedelenme, göz çevresinde morarma 30. Pupil dilatasyonu 31. Allerjik reaksiyonlar 32. Göz bebeğinde anatomik bozukluk, irisde deformite görülmesi 33. Göz kapağında geçici veya kalıcı şekil bozuklukları 34. Göz içi tansiyonun kronik aşırı düşmesi, hipotoni 35. Gözde ağrı, baş ağrısı, bulantı 36. Kornea ve lens hasarı 37. İris renk değiştirmeleri 38. Kırılma kusurları (myop, hipermetropi, astigmatizma) 38. Çift görme 39. Şaşılık 40. İşlem sonrası gerek komplikasyonlar gerekse göz ameliyatına sebep olan hastalığınızın tekrarlaması, ikinci veya daha fazla sayıda cerrahi girişimi gerektirebilir. 41.İşlem sonrasında görme kalitesinde zaman zaman azalma, ışığa ve parlamaya karşı hassasiyet, görme keskinliğinde değişiklikler olabilir. 42.Tüm tıbbi uygulamalarda olduğu gibi, anesteziye, ilaçlara ve diğer faktörlere bağlı komplikasyonlar gelişebilir. Olabilecek tüm komplikasyonları belirlemek mümkün değildir, dolayısıyla bu formdaki komplikasyon listesinde eksikler olabilir.

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar: 1. Glokom daha fazla ilerleyip görme sınırında hasar daha da artabilir göz içi basıncında artış ve ağırlı bir reaksiyon oluşumuna neden olabilir 2. Ağrılı ataklar geçirilebilir ve zamanla görme alanında ciddi kayıplar oluşabilir. 3. Sonuç olarak görme daha fazla ve kalıcı olarak azalabilir 4. Gecikmiş bir uygulamada işlem zorlaşabilir ve süresi uzayabilir, komplikasyon riski artabilir. 4- Hastalığınız diğer gözünüzüde etkileyebilir. 5. Mevcut rahatsızlığınız devam eder veya daha fazla ilerler. İleride tedavi olunamayacak aşamaya gelebilir. 6.Yukarıda el yazısıyla belirttiğimiz tanınız ve uygulanacak işlem doğrultusunda mevcut durumunuzda herhangi bir değişiklik olmayabilir.

Bireysel Riskler:

.....
.....

Hasta Onamı:

Aşağıda belirtilmiş olan ve Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan tıbbi ya da cerrahi müdahalelerin tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Aşağıda imzası bulunan doktor tarafından, gözüme uygulanacak olan girişimin neden gerekli olduğu, kalıcı görme kaybı dahil olmak üzere içerdiği riskler, muhtemel oluşabilecek olan komplikasyonlar, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikler ya da iyileşmem esnasında gelişebilecek olaylar tarafıma anlatıldı. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları, istenmeyen zararlı sonuçları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ayrıca anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonu gerekli olabileceği ve bu durumun faydaları ve riskleri tarafıma anlatıldı. Operasyon öncesinde gerekli durumlarda kendi kanımdan hazırlanmış veya benim tarafımdan bulunacak donörlerden hazırlanmış kan bulunmaması durumunda kan bankasında hazırda bulunan ve bana verilmesi uygun olan



**LASER TRABEKÜLOPLASTİ / İRİDOPLASTİ /
PUPİLLOPLASTİ UYGULAMASI İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.09	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/5

kanların, girişim esnasında kullanılmasını onaylıyorum. Genel kan bankası kanlarının kullanılması durumunda oluşabilecek riskler konusunda bilgilendirildim ve kabul ediyorum. Ayrıca, yapılan işlem esnasında/sonrasında doktorumun önceden saptanmayan bir patoloji bulması halinde ya da gereken diğer durumlarda, bana yararlı olabileceğini düşündüğü ek veya değişik tedavi girişimlerinin uygulanabilme ihtimali tarafıma anlatıldı ve bu durumu da kendi rızamla kabul ediyorum.

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum, anladım; anlamadığım yerleri hekimime sordum ve aşağıda imzası olan hekim tarafından ayrıca aydınlatıldım. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları, istenmeyen zararlı sonuçları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ayrıca yukarıdaki komplikasyonların mutlaka Sağlık Personelinin bir ihmali sonucunda oluşmayacağını da anladım. Cerrahi esnasında ortaya çıkabilecek şartlara göre, gereğinde müdahalenin değiştirilmesini ve genişletilmesini de kabul ediyorum. Bana yapılacak olan cerrahi esnasında ve sonrasında oluşabilecek organik, fonksiyonel ve psişik her türlü komplikasyonu ve yan etkiyi; cerrahiye bağlı uğrayabileceğim maddi ve manevi kayıpları kabul ediyorum.



Tarıfıma yapılacakameliyatı sırasında ve sonucunda oluşabilecek **YUKARIDA ANLATILAN ZARARLI SONUÇLARI GÖZE ALARAK**, Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **LASER TRABEKÜLOPLASTİ / İRİDOPLASTİ /PUPİLLOPLASTİ UYGULAMASININ** tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Aşağıda adımın yazılı olduğu yeri imzalayarak bu bilgilendirme ve onam formunu okuduğumu, doktorum tarafından bana yapılacak işlemler konusunda sözlü ve yazılı olarak anlayabileceğim bir dilde bilgi verildiğini, bütün sorularımın yanıtladığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (hasta hakları yönetmeliği, Resmi gazete, tarih:16.01.2019; sayı :30657)

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

**(hasta ve yakınımın el yazısı ile)
(hastalığım hakkında bilgilendirildim. Yapılacak işlem ile ilgili olası tüm riskler tarafıma anlatıldı, bu şartlar altında işlemi kabul ediyorum.)**

Hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde bilimsel (bilimsel yayınlar dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere Urartu Göz Tıp Merkezi'nde saklanmasını kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydı ile kabul ediyorum. Bu bilimsel amaçlı araştırmalar için doktorum tarafından gerekli görülen cerrahi öncesi ve sonrası tüm tetkikleri kabul ediyorum ve yaptırmayı taahhüt ediyorum.

 URARTU GÖZ	LASER TRABEKÜLOPLASTİ / İRİDOPLASTİ / PUPİLLOPLASTİ UYGULAMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.09	01.01.2024	0	-	Sayfa:5/5

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum ve imzalıyorum:

Hastanın Adı-Soyadı : İmzası:..... Tarih: Saat:

Hasta vasisi/yakınının Adı Soyadı:..... İmzası:..... Tarih: Saat:
(Yakınlığı:.....)

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

Doktorun Adı Soyadı:.....İmzası:..... Tarih: Saat:

Şahit Adı-Soya:..... İmzası..... Tarih: Saat:
(tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)

HAZIRLAYAN	İNCELEYEN	ONAYLAYAN
KALİTE BİRİM SORUMLUSU	KURUM MÜDÜRÜ	BAŞHEKİM