
 URARTU GÖZ	CROSLİNKİNG AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.29	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/3

Sayın İlgili;

URARTU GÖZ TIP MERKEZİNE GÖZÜNÜZDEKİ RAHATSIZLIĞIN TEDAVİSİ İÇİN BAŞVURMUŞ BULUNMAKTASINIZ.

SAĞ..... SOL GÖZÜNÜZE KERATOKONUS TANISI KONULMUŞ OLUP TEDAVİYE GEREKSİNİM DUYULMUŞTUR.

1- UV-Croslinking tekniği Keratokonus ve lazere bağlı ektazi hastalığına uygulanır

Tamamıyla tedavi edici bir teknik değildir.

2 – BU yöntem bir kereye mahsus bir tedavi değildir. Tekrarlanabilir

3 – kornea üzerindeki etkisi minimum ikinci, üçüncü aydan sonra görülebilir. Cross linking

Uygulamasına rağmen hiç sonuç alamayan hastalarda olabilir.

4- tedavide kullanılan UV ışığı okülere yapılara (kornea , lens, retina) bir miktar zarar verebilir.Bu zararın en aza indirilebilmesi için RİBOFLAVİN kullanılması, tekniğin bir parçasıdır.Bununla birlikte UV'ye bağlı kornea , retina , kontak lenste hasarlar meydana gelebilir.

5- Şu anda uzak ,yakın gözlüğü veya kontak lens kullanma ihtiyacım varsa bu ameliyattan sonrada kullanacağım . Bu ameliyat kırma kusurumu tedavi amacı ile değil, korneamda kollejen bağları güçlendirmek için yapılmaktadır. Bu yüzden

ameliyata rağmen tekrar gözlük yada lens kullanacağımı biliyorum.

6- Bu tedaviye rağmen keratoplasti (kornea nakli) gerekebilir.

7- Korneamı düzleştirmek için belli bir süre sonra kornea içi halka (İNTACS , KERRARİNG, FERRARİNG) önerilebilir.

KOMPLİKASYONLAR VE YAN ETKİLER

CROSLİNKİNG operasyonu sonrası hastaları bekleyen belli KOMPLİKASYON VE YAN ETKİLER hakkında bilgilendirildim ve hepsini anladım .

Crocclinking'in olası kısa dönem etkileri :Sıralananlar erken operasyon dönemde hastaları bekleyen normal iyileşmenin parçası olan bulgulardır .

1- Kornea sıyrıma sonucu , epitelizasyon tamamlanıncaya kadar hafif orta rahatsızlık,ağrı(ilk 72-96 saat) ,sulama, çift

görme ,yabancı cisim hissi ,ışık etrafına dağılmalar, ışık hassasiyeti,batma ve yanmadır.

2- Tedaviden hemen sonra RİBOFLAVİN kullanımına bağlı göz sarı renkte görülebilir.Bugeçici bir durumdur. (1-2 gün sürebilir.) CROSS LİNKİNG 'İN olası geç dönem etkileri bilinmemekle beraber ;

A – tedavide kullanılan UV ışığı okülere yapılara (kornea , lens, üvea ,retina) bir miktar zarar verebilir. Bu zararın en azaindirilebilmesi için RİBOFLAVİN kullanılması, tekniğin bir parçasıdır.Bununla birlikte UV'ye bağlı kornea , retina , kontak lenste hasarlar meydana gelebilir.

• Korneaya bağlı hasarlar oluşabilir. Epitelyum kapanması gecikebilir.Epitelyum kapanması yerine haze (bulanıklık) olabilir.Enfeksiyon olabilir.Endotel hasarıgörülebilir.Endotel sayısı azalabilir.Büyük bunların neticesinde kornea nakli gelişebilir.



• Lens şeffaflığını giderebilir.Katarakt gelişebilir.

• Üveit gelişebilir.

• Retina hasarı gelişebilir. Maküla hasarı görülebilir.

B - Orta –ağrı enfeksiyon : orta dereceli enfeksiyonlar antibiyotiklerle tedavi edilebilir ve kalıcı görme azalmasına yol açmazlar. Ağır dereceli enfeksiyonlar , antibiyotiklerle tedavi edilselerde kalıcı iz oluşumuna ve görme azalmasına yol açabilirler. İz oluşumu çok yaygın ise kornea nakli gerekebilir.

C – uygulama sonrası bazı hastalarda ışık yansımaları ya da ışıklar etrafında hareler görülebilir. Yada gece

 URARTU GÖZ	CROSLİNKİNG AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.29	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/3

araba kullanımını ve az ışıkta görmemi etkileyebilir.gece görüş problemlerini yada az ışıktaki yansımaları yaşayıp yaşamayacağıımı önceden tespit etmek mümkün değil ve geçici olarak gece araba kullanmakta yada düşük ışıktaki fonksiyon kayıpları yaşanabilir.

D – korneal bulanıklık ; genellikle görmeyi etkileyen , zamanla gerileyen mükemmel şeffaflığın kaybolmasıdır.

E- göz içi basıncının yükselmesi ; operasyon sonrası kullanılan ilaçlara bağlı göz içi basıncı yükselebilir.tedavinin sonlandırılması veya ek tansiyon düşürücü damlalarla çoğunlukla tedavi olunur.

TEDAVİ SÜRESİ

CROSLİNKİNG ameliyatı ortalama 20 – 60 dakika süreleri arasında tamamlanmaktadır.

HASTANIN ANLADIĞINA VE KABUL ETTİĞİNE DAİR BİLDİRİMİ

CROSLİNKİNG işlemi tarafıma dokümanlarla detaylıca anlatıldı. Doktorum beni tatmin edecek şekilde bütün sorularımı cevaplandırdı. Doktorum bana rahatsızlığım,uygulanacak tedavi yöntemi ve alternatif tedavi yöntemleri ile cerrahi girişim hakkında son derece ayrıntılı bilgi verilmiştir.bu yüzden bana CROSLİNKİNG ameliyatı yapılmasına müsaade ediyorum.

Doktorumun işlem sırasında durum tespit etmek amacı ile fotoğraf ve/veya video tarzında görüntü kayıtları yapma gereği duyması halinde hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere doktorum tarafından saklanmasını kabul ediyorum.

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 yanıtladığımı ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (hasta hakları yönetmeliği, Resmi gazete, tarih:16.01.2019; sayı:30657)

(hasta ve yakının el yazısı ile)

(hastalığım hakkında bilgilendirildim. Yapılacak işlem ile ilgili olası tüm riskler tarafıma anlatıldı, bu şartlar altında işlemi kabul ediyorum.)

Doktorumun işlem sırasında durum tespit etmek amacı ile fotoğraf ve/veya video tarzında görüntü kayıtları yapma gereği duyması halinde hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere doktorum tarafından saklanmasını kabul ediyorum.

Bu doküman 3 SAYFADIR.

Tarih :

HASTANIN

Adı-Soyadı :



İmza :

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN / ÇEVİRMENİN

Adı-Soyadı :

İmza :

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni

 URARTU GÖZ	CROSLİNKİNG AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.29	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/3

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. Hastanın ve yakınlarının anlatılanları anladığına (aydınlandığına) kanaat getirilmiştir. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

DOKTORUN Adı-Soyadı:

İmzası :

Tarih :

ŞAHİT (tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)

Adı-Soyadı :

İmzası :

Tarih :

HAZIRLAYAN	İNCELEYEN	ONAYLAYAN
KALİTE BİRİM SORUMLUSU	KURUM MÜDÜRÜ	BAŞHEKİM