
 URARTU GÖZ	KAPAK AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.17	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/5

Sayın ilgili,

Kapak Ameliyatını ve bu ameliyat nedeniyle yaşanması muhtemel riskleri(zararlı durumları) açıklayan bu form, okumanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız, hekiminizle yapacağınız aydınlatma görüşmesinde bilgilenmiş 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 (**kapak ameliyatı**) yapılacaktır. Onay vermemeniz durumunda tıbbi uygulama kesinlikle yapılmayacaktır.

Şimdi lütfen aşağıda yazılanları okuyun, değerlendirmelerinizi yapın ve anlayamadığınız yerlerle ilgili sorularınızı not alarak 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 - Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:



Siz veya velisi bulunduğunuz kimse..... sorunları nedeniyle, gerekli tetkik-tedavi ve bakımının yapılması amacıyla Urartu Göz Tıp Merkezine getirmiş bulunmaktasınız. Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) önerilmektedir.Kapak cerrahisi; kapak şekil bozuklukları (kapak düşüklüğü, kapağın içe veya dışa doğru dönmesi, kirkik dönmesi, kapakların yetersiz kapanması) kapak tümörleri ve kozmetik nedenlerle uygulanmaktadır. Bu cerrahiler cilt yolu veya konjonktiva yolu ile uygulanabilmektedir. Bazı olgularda daha iyi sonuç alınabilmesi için kişinin kendisinden alınan greftler veya hazır implantlar kullanılabilir. Spazm bulunan kapaklara botox uygulanmaktadır. Botox (pürifiye botulinum toksin A) Clostridium botulinum adlı bakteri tarafından üretilen protein yapılı bir maddedir. Botulinum toksininin göz adalelerine enjekte edilmesiyle, enjeksiyon yapılan kasta felç, elde edilmesi ve bu sayede spazmın çözülmesi amaçlanmaktadır. Enjeksiyonun tekrarı gerekebilmektedir.Tarsorafı ameliyatı önerilen girişimin amacı çeşitli sebeplere bağlı olarak (kapakların kapatılamaması, yüz felci vb.) korneanın açık kalması, korneal incelme, ülser, gözyaşı disfonksiyonu ve nörotropi gibi durumlarda alt ve üst kapak kenarlarının geçici ya da kalıcı olarak dikilerek korneanın korunmasıdır. Hastalığın yaygınlığına bağlı kapak kenarının dış kısmı, tamamı, iç kenarı ya da orta kısmı dikilebilir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

Kapak cerrahisinin başarı şansı yüksektir. Her tıbbi uygulamada olabileceği gibi bu ameliyatta da düşük ihtimalle tedaviden sonuç alınamaması söz konusu olabilir. Ameliyat süresi 20-90 dk arasında değişmekte ve hastalar genellikle ameliyattan hemen sonra taburcu edilebilmektedir.

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.

 URARTU GÖZ	KAPAK AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.17	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/5

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. 5. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar 6. Genel anestezi (narkoz) uygulandığı takdirde ilaç yan etkileri, havalanmaya ait komplikasyonlar 7. Solunumun durması

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Konjonktival kanama 2. Dokularda delinme ya da zedelenme, göz evresinde morarma 3. Göz içi basıncının aniden ve fazla düşmesine bağlı olarak veya hipertansiyona bağlı olarak gözün damar tabakasında ayrılma ya da kanama 4. Rutin kontrollerde saptanamamış ve ameliyat korkusunun tetikleyebildiği bir kalp hastalığı, hipertansiyon veya beyin kanaması gibi önceden tahmin edilemez hayati durumlar ortaya çıkabilir. 5. Ameliyat sırasında başlayan ve durdurulamayan öksürük benzeri nöbetlerin başlaması veya ameliyatın lokal olarak devam ettirilmesini olanaksız kılan hastadan kaynaklanan rahatsızlıklar ortaya çıkabilir. (aşırı korku, ajitasyon, sara nöbeti gibi) 6. Ameliyat öncesi hazırlık döneminde saptanamamış, ameliyat sırasında ortaya çıkan ameliyatın devamını imkansız kılan sorunlar olabilir. (Elektrik/jeneratör arızası, cihaz arızası, deprem, yangın vs..) 7. Retrobulber hemoraji 8. Nöbet /havale geçirme 9. İatrojenik glob yaralanması, kornea hasarları 10. Kullanılan solüsyonlara ve ilaçlara bağlı toksik keratopati, alerjik reaksiyonlar. 11. Pupil dilatasyonu 12. Alerjik reaksiyonlar 13. Yara yerinden fazla kanama 14. Ameliyat sırasında korneanın, konjonktivanın hasarlanması 15. Tarsorafi iyi yapılmazsa kapak kenarı deformitesi meydana gelebilir.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Korneada sıvı toplanması 2. Göz içi basıncı değişiklikleri (yükselmesi ya da aşırı düşmesi) 3. Gözün ön ve arkasında enfeksiyon, endoftalmi, preseptal veya orbital selülit 4. Görme azalması veya kaybı 5. Görme noktasında sıvı toplanması 6. Ameliyat mikroskopunun ışığından kaynaklanan görme noktasında harabiyet 7. Gözün ön veya arka kısmında kanama 8. Ağ tabakada ayrılma ya da yırtık oluşumu 9. Dikiş açılması, dikiş yeri iltihapları. Düzeltilmesi için tekrar cerrahi gerekebilir. 9. Gözün kırma kusurunda değişiklikler 10. Göz kapağında geçici veya kalıcı şekil bozuklukları 11. TASS adı verilen ameliyat sırasında kullanılan ilaç ve solüsyonlara bağlı gelişen zehirli ön segment sendromu 12. Gözde ağrı, baş ağrısı, bulantı, kusma görülebilir. 13. Açıkta kalma keratopatisi. Uyurken göz kapağının tam kapanmaması. 2-3 ay sürebilir. Manuel kapatmak gerekebilir. 14. Fonksiyonel ve anatomik başarının tam sağlanamaması. Tedaviye rağmen hastalığın tekrarlaması veya lezyonun nüks etmesi 15. Kesi yerlerinde dikiş materyaline bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon ve ciltte iz oluşabilir. 16. Kapak düşüklüklerinde aşırı düzeltme veya yetersiz düzeltme görülebilir. Tekrar müdahale gerekebilir. 17. Kapak içi kullanılan dikişler yüzeyselleşerek korneada hasara yol açabilir. Dışarı çıkan düğümlere bağlı papiller konjonktivit görülebilir. 18. Yara yerinden fazla kanama 19. Çift görme 20. Şaşılık 21. Ameliyat sırasında nadiren gözün açık kalmasına bağlı olarak kornea tabakasında epitel defekti oluşabilmektedir. 22. Kapak asimetrisi 23. Kapak tümörü ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi. 24. Ameliyat sırasında en sık karşılaşılan sorun kanamadır. Kanama genellikle ameliyat sırasında kontrol altına alınmasına rağmen ameliyat sonrasında da bir süre sızıntı tarzında da devam edebilmektedir. 25. Ameliyat sonrası gerek komplikasyonlar gerekse göz ameliyatına sebep olan hastalığınızın tekrarlaması, ikinci veya daha fazla sayıda cerrahi girişimi gerektirebilir. 26. Düzenli ilaç kullanmayı aksatmanız ameliyat sonucumu olumsuz

 URARTU GÖZ	KAPAK AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.17	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/5

etkileyebilir. 27.Tüm ameliyatlarda olduğu gibi, anesteziye, ilaçlara ve diğer faktörlere bağlı komplikasyonlar gelişebilir. Olabilecek tüm komplikasyonları belirlemek mümkün değildir, dolayısıyla bu formdaki komplikasyon listesinde eksikler olabilir.

Bu komplikasyonlarının bir kısmının tedavisi mevcutken, bir diğer kısmına bağlı olarak kalıcı görme hasarı oluşabilir. Göz kaybedilebilir. Komplikasyonların veya ameliyatta ortaya çıkabilecek beklenmeyen acil durumların düzeltilmesi ve tedavisi için tıp bilim ve tekniğine uygun gerekli müdahaleler yapılmak zorunda kalınabilir.

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

1. Kapak rahatsızlığınız daha fazla ilerleyebilir. 2. Görme daha fazla azalabilir 3. Gecikmiş kapak cerrahisinde ameliyat zorlaşabilir ve süresi uzayabilir, ve yukarıda sayılan komplikasyonların görülme sıklığı artabilir. 4. "Kapakta kitle" tanısı söz konusu olduğu durumlarda; kitlede büyüme, yayılma, kötü huylu lezyona dönüşme ihtimali ortaya çıkabilir. 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. 7.Özellikle kapak içinde bulunan yabancı cisimlerin uzaklaştırılmaması durumlarında enfeksiyon, endoftalmi ve gözün kaybı gerçekleşebilir. 8. Korneada incelme ve delinme 9. Önceden yapılan kornea naklinin reddi 10. Korneal apsenin sebat etmesi 11. Hastalığınız diğer gözünüzü de etkileyebilir. 12.Uzun süre ertelenmiş ve tedavi edilmemiş olgularda ileride uygulanacak cerrahinin başarısı azalabilir.

Bireysel Riskler:

.....
.....

ONAM

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 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



KAPAK AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.17	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/5

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.

Tarafıma yapılacakameliyatı sırasında ve sonucunda oluşabilecek **YUKARIDA ANLATILAN ZARARLI SONUÇLARI GÖZE ALARAK**, Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **KAPAK** ameliyatının 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 yanımlandığını ve benim için gerekli olan tüm bilgileri edindiğimi (hasta hakları yönetmeliği, Resmi gazete, tarih:16.01.2019; sayı:30657)

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

(hasta ve yakınının 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 bölümünce 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.

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

Hastanın Adı-Soyadı :

İmzası :.....

(Hasta çocuk ise velayet kendisinde olan, yaşlı ve kısıtlı ise vasisinin imzası)

Tarih: Saat:

Şahit (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



KAPAK AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.17	01.01.2024	0	-	Sayfa:5/5

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 her sayfasını (2 sayfa) 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