



## FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.19	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/4

Sayın İlgili,

**FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ TEDKİKİ** ve bu tedkik 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 (**FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ TEDKİKİ**) 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.

Hasta Adı Dosya No Tarih

### Tanı Hakkında Bilgi:

Urartu Göz Tıp Merkezine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ ..... Sol..... gözünüze ..... tanısı konulmuş olup **FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ** tetkikine gereksinim duyulmuştur.



### Fundus flöresein anjiografi neye yarar?

Flöresein özelliği olan boya koldaki yüzeysel toplar damarlardan verildikten sonra göz damarlarına geçer. Bundan sonra gözün retina ve koroid adı verilen tabakalarındaki damarların akım özellikleri, bütünlükleri, bu tabakaların ince detayları görülür. Bu yüzden

Şeker hastalığına bağlı anormal sızıntılara yol açan damarlarla seyreden retinopatilerde ,Damar tıkanıklıklarında,Yaşa bağlı maküla bozukluklarında, Retina damarlarındaki hastalıklarda kullanılır. Böylece uygun tedaviler planlanabilir.

### Anjiografinin çekilişi:

Hasta fundus kamera aletinin önüne oturtulur. Genellikle ön koldan yüzeysel bir toplar damardan daha önce size reçete edilmiş olan flöresein içeren ilaç enjekte edilir. Bundan sonra hastanın gözünü söylenen pozisyonlarda tutması önemlidir. Bu sırada hastanın her iki gözünden çok sayıda fotoğraflar çekilir. Film çekilirken özellikle erken dönemde hastanın uyumlu olmaması ve istendiği şekilde durmaması tetkikin değerlendirilmesini zorlaştırabilir.

 <b>URARTU GÖZ</b>	<b>FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
HD.RB.19	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/4

### **Anjiografinin yan etkileri:**

En dikkatli ve iyi yapılan uygulamaya 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. İşlem sırasında gözü genişletmek için kullanılan damlalar 3 ( üç ) gün kadar bulanık görmeye neden olur. Bu yüzden hastalar bu sürede taşıt kullanmamalı mümkünse yalnız yolculuk yapmamalıdır. Ciltte ve idrarda flöresein boyaya bağlı sarımsı renk değişikliği birkaç gün sürer. Anjiografiden sonra bir süre yapılacak olan bazı kan testlerinde karışıklık söz konusu olabilir.

Boya enjeksiyonundan 30 – 60 saniye kadar sonra hastaların % 2 – 4’ ünde geçici bulantı ve kusma olabilir. Bu sırada film çekildiği için hastanın derin nefes alarak kendini tutabiliyorsa bunu engellemesi film açısından önemlidir. Bulantı hissi geçicidir. Çok nadiren bazı alerjik reaksiyonlar olabilir. Yüzbinde bir anafaktik şok bildirilmiştir. Anafaktik şok hayatı tehdit eden ciddi bir komplikasyondur. Daha önceden benzer ilaç allerjiniz yada çok alerjik bünyeniz varsa bunu bildirirseniz uygun ön tedaviler verilebilir. Bununla birlikte beklenmeyen bir durumda da gerekli acil ilaç ve tedaviler uygulanır. Meme kanseri için mastektomi ve lenf nodu eksizyonu geçirdiyeniz diğer kolunuzu ilaç verilmesi için öneriniz. Flöreseinin plesentaya geçtiği gösterilmemiştir, ancak özellikle gebeliğin ilk üç ayında kullanılmaması uygundur.

İşlem sonrası bol miktarda su içilmesi gereklidir. Anjiografi için hastanın bazı dahili problemlerinin çözülmesi gerekmektedir. Öncelikle böbreklerinin ilaç süzme görevinde sorun olmaması, kan basıncının ve kan şekerinin kontrol altında olması uygundur. Bu yüzden hastalarımızın tetkik öncesi dahiliye muayenesini tamamlamış ve dahiliye doktorlarının iznini almış olması beklenir. Rutin kontrollerde saptanamamış ve işlem korkusunun tetikleyebildiği bir kalp hastalığı, hipertansiyon veya beyin kanaması gibi önceden tahmin edilemez hayati durumlar ortaya çıkabilir. 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). İşlem öncesi hazırlık döneminde saptanamamış, işlem sırasında ortaya çıkan işlemin devamını imkansız kılan sorunlar olabilir. (Elektirik/jeneratör arızası, Anjiyo cihazının arızası, deprem, yangın vs.. )

### **Tetkikin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:**



Hastalığınıza tanı konulamaması ve hastalığın tedavisinin planlanamamasından kaynaklı sorunlar ortaya çıkabilir. Tedavi planlanmadığı için görme daha fazla ve kalıcı olarak azalabilir.. Mevcut rahatsızlığınız devam eder veya daha fazla ilerler. İleride tedavi olunamayacak aşamaya gelebilir. 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

 <b>URARTU GÖZ</b>	<b>FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
HD.RB.19	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/4

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, 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. İşlem 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 yapılacak tıbbi ya da cerrahi müdahaleler sırasında ve sonucunda oluşabilecek **YUKARIDA ANLATILAN ZARARLI SONUÇLARI GÖZE ALARAK** , Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ** tetkikinin sorumlu doktorum nezaretinde asistanları 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 yanıtlandığını 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.)**

Hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde bilimsel (bilimsel

 <b>URARTU GÖZ</b>	<b>FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU</b>			
<b>DOKÜMAN KODU</b>	<b>YAYIN TARİHİ</b>	<b>REVİZYON NO</b>	<b>REVİZYON TARİHİ</b>	<b>SAYFA /NO</b>
HD.RB.19	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/4

yayınlar dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere Urartu Tıp Göz Merkezinde saklanmasını kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydı ile kabul ediyorum. Bu bilimsel amaçlı araştırmalar için doktorum tarafından gerekli görülen işlem 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:..... Tarih: Saat:

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

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)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>İNCELEYEN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>KALİTE BİRİM SORUMLUSU</b>	<b>KURUM MÜDÜRÜ</b>	<b>BAŞHEKİM</b>