
	TIBBİ VE CERRAHİ MÜDAHELELER (.....)İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.RB.02	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/4

Sayın ilgili,

Size uygulanacak işlem ve bu işlem 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 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.

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. Kontakt lens uygulamalarında kullanılan lens ve solüsyonlar yasalar gereği **bedeli karşılığında** hekiminiz tarafından optisyen ve optikçilerden temin edilmektedir. Bedelini direk veya hekiminiz vasıtasıyla optikçinize ödemedikçe uygulama yapılmamaktadır.

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

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. Ancak, bu sizin gözünüzde gerçekleşirse, görmeniz şu andakinden kötü bir düzeye inebilir. Bu

	TIBBİ VE CERRAHİ MÜDAHELELER (.....)İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.RB.02	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/4

komplikasyonlarının bir kısmının tedavisi mevcutken, bir diğer kısmına bağlı olarak kalıcı görme hasarı oluşabilir. Uygulama/cerrahi sonrası bakım talimatlarına uyulmaması da tedaviden sonuç almayı etkilemektedir.

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, 5. Genel anestezideye 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

Cerrahi işlem veya uygulama sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz içi basıncının aniden ve fazla düşmesine bağlı olarak veya hipertansiyona bağlı olarak gözün damar tabakasında ayrılma ya da kanama 2. Korku veya tansiyon düşmesine bağlı bayılma 3. Rutin kontrollerde saptanamamış ve cerrahi işlem korkusunun tetikleyebildiği bir kalp krizi veya hipertansiyona bağlı beyin kanaması gibi önceden tahmin edilemez hayati durumlar ortaya çıkabilir. 4. İşlem sırasında başlayan ve durdurulamayan öksürük benzeri nöbetlerin başlaması veya işlemin lokal olarak devam ettirilmesini olanaksız kılan hastadan kaynaklanan rahatsızlıklar ortaya çıkabilir. (aşırı korku, ajitasyon, sara nöbeti gibi) 5.İşlem öncesi hazırlık döneminde saptanamamış, işlem sırasında ortaya çıkan işlemin devamını imkansız kılan sorunlar olabilir. (Elektirik/jeneratör arızası, cihaz arızası, deprem, yangın vs..)

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1.Korneada sıvı toplanması çok sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Genellikle geçicidir. Bazen büllöz keratopati gelişebilir. Altı aydan fazla devam etmesi halinde cerrahi müdahale gerekebilir. 2. Göz içi basıncı değişiklikleri (yükselmesi ya da aşırı düşmesi) 3. Gözün ön ve arkasında enfeksiyon gelişebilir. 4. Görme azalması veya kaybı 5. Görme noktasında sıvı toplanması 6. Ameliyat mikroskobunun ışığından kaynaklanan görme noktasında harabiyet 7. Gözün ön veya arka kısmında kanama 8. Ağ tabakada ayrılma ya da yırtık oluşumu 9. Dikiş kopmaları 10. Dikiş yeri iltihapları 11. Kırılma kusurları (myop, hipermetropi, astigmatizma) 12. Göz bebeğinde anatomik bozukluk, irisde deformite görülmesi 13. Göze giriş yerlerinden sızıntı 14. Göz kapağında geçici veya kalıcı şekil bozuklukları 15. TASS adı verilen işlem sırasında kullanılan ilaç veya solusyonlara bağlı zehirli ön segment sendromu gelişebilir.

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

Tedavinin/işlemin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

1. Mevcut rahatsızlığınız devam eder veya daha fazla ilerler. İleride tedavi olunamayacak aşamaya gelebilir. 2. Görme daha fazla azalabilir, gözün kaybı gerçekleşebilir. 3. Gecikmiş müdahalelerde işlem veya uygulama zorlaşabilir, süresi uzayabilir ve yukarıda sayılan komplikasyonların riski artabilir. 4.Yukarıda el yazısıyla belirttiğimiz tanınız ve uygulanacak işlem doğrultusunda mevcut durumunuzda herhangi bir değişiklik olmayabilir. 5.Özellikle göz yüzeyinde bulunan yabancı cisimlerin uzaklaştırılmaması durumlarında enfeksiyon, endoftalmi ve gözün kaybı gerçekleşebilir.

Bireysel Riskler:

.....
.....



TIBBİ VE CERRAHİ MÜDAHELELER
(.....)İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.RB.02	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/4

ONAM

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum, anladım; anlamadığım yerleri hekimime sordum ve aşağıda imzası olan hekim tarafından ayrıca aydınlatıldım. Uygulanacak olan tıbbi ya da cerrahi müdahaleler sırasında işlem için gerekli görülen anestezi uygulamasını (genel, lokal, topikal) 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.

Tarafıma yapılacakişlemi sırasında ve sonucunda oluşabilecek **YUKARIDA ANLATILAN ZARARLI SONUÇLARI GÖZE ALARAK** , Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan tıbbi uygulama veya cerrahi müdahalenin 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 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 yayınlar dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere Urartu Göz Tıp Merkezi'nde saklanmasını kabul 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 :.....

	TIBBİ VE CERRAHİ MÜDAHELELER (.....)İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.RB.02	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/4

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. 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 imzalayarak onaylamıştır.

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

HAZIRLAYAN	İNCELEYEN	ONAYLAYAN
KALİTE BİRİM SORUMLUSU	KURUM MÜDÜRÜ	BAŞHEKİM