
 URARTU GÖZ	SONDALAMA AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.10	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/4

Sayın İlgili,

Sondalama 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 (Sondalama ameliyatı) yapılacaktır. Onay vermemeniz 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 çocuğunuzun gözünüzdeki sulanma yakınması nedeniyle tanı ve tedavi için başvurmuş bulunmaktasınız. Çocuğunuza Sağ Sol..... Göz yaşı kanal tikanıklığı tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:



Çocuğunuzun mevcut hastalığının tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözüne SONDALAMA ameliyatı önerilmektedir.

Bu hastalığın tedavisi için çocuğunuzun gözüne göz yaşı kanalı sondalama ameliyatı önerilmektedir. Göz yaşı kanalı sondalama ameliyatında amaç; göz yaşı kanalının burun boşluğuna açılan bölümünde bulunan ve doğuma yakın dönemde kendiliğinden açılması gereken zarın bir tel yardımı ile delinerek, göz yaşının burun boşluğuna akmasını sağlamaktır. Bu cerrahi uygulama ameliyathane koşullarında, genel anestezi altında gerçekleştirilmektedir. Ameliyat sonrasında bir gün hastanede yatmanız gerekebilir. Ameliyat sonrası ilk ay, sık kontrollere gelmeniz gerekecektir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

Göz yaşı kanalı sondalama ameliyatının başarıları oldukça yüksektir. Ameliyat ortalama 10 (on) dakika sürmektedir. Başarılı olunamayan olgularda bu işlemin bir süre sonra tekrarlanması gerekebilir. İkinci uygulamada da sonuç alınamazsa silikon tüp uygulaması yapılacaktır. Ameliyat sonrası bakım talimatlarına uyulmaması da tedaviden sonuç almayı etkilemektedir.

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

 URARTU GÖZ	SONDALAMA AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.10	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/4

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.

Genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar.

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1.Burun boşluğuna açılan bölümde yer alan zarın hemen yakınında bulunan ve göz yaşının buruna akışını engelleyen kemik yapı nedeniyle bu kemiğin ameliyat sırasında kırılarak kanalın açılması gerekebilir. 2. Kullanılan solusyonlara ve ilaçlara bağlı toksik keratopati, allerjik reaksiyonlar. 3. Pupil dilatasyonu 4. Konjonktival kanama 5. Dokularda delinme ya da zedelenme, göz çevresinde morarma ve şişlik 6. İatrojenik glob yaralanması, kornea hasarları

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1.Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma ve burundan sızıntı tarzında kanama olabilir. 2.Ameliyat öncesi hazırlık döneminde saptanamamış, ameliyat sırasında ortaya çıkan ameliyatın devamını imkansız kılan sorunlar olabilir. (Elektirik/jeneratör arızası, ameliyat mikroskobunda arıza, deprem, yangın vs..) 3. Ameliyat sonrası gerek komplikasyonlar gerekse göz ameliyatına sebep olan hastalığı tekrarlaması, ikinci veya daha fazla sayıda cerrahi girişimi gerektirebilir. 4.Ameliyat sonrasında görme kalitesinde zaman zaman azalma, ışığa ve parlamaya karşı hassasiyet, görme keskinliğinde değişiklikler olabilir. 5. Düzenli ilaç kullanmayı aksatmanız ameliyat sonucumu olumsuz etkileyebilir. 6.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

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda hastalığın yaratabileceği sorunlar: Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşacağınız riskler şunlardır: 1. Uzun süre devam eden ve tedavi edilmemiş olgularda göz yaşı kesesi içinde göllenme nedeniyle enfeksiyon gelişebilir ve enfeksiyonu göz çevresi dokulara yayılabilir. 2. Nadiren de olsa oluşan enfeksiyon gözü içine alabilir ve görme kaybına neden olabilir. 3.Uzun süre ertelenmiş ve tedavi edilmemiş olgularda sondalama işlemi ile sonuç alınması imkansızlaşır. Ve daha ileri cerrahi yöntemlerin uygulanması gerekebilir. 4.Uzun süre ertelenmiş ve tedavi edilmemiş olgularda ileride uygulanacak cerrahinin başarısı azalabilir.

Bireysel Riskler:

.....
.....

Hasta Onamı:



SONDALAMA AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.10	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/4

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

Aşağıda imzası bulunan doktor tarafından, gözümeye uygulanacak olan girişimin neden gerekli olduğu, kalıcı görme kaybı dahil olmak üzere içerdiği riskler, muhtemel oluşabilecek olan komplikasyonlar, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikler ya da iyileşmesi 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 kanından 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 doktorunun önceden saptanmayan bir patoloji bulması halinde ya da gereken diğer durumlarda, çocuğuma 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 hekimine 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. Çocuğuma yapılacak olan cerrahi esnasında ve sonrasında oluşabilecek organik, fonksiyonel ve psişik her türlü komplikasyonu ve yan etkiyi; cerrahiye bağlı uğrayabileceği maddi ve manevi kayıpları kabul ediyorum.

Çocuğumun (sağ) (sol) gözüne uygulanması planlanan

.....**AMELİYATININ**..... 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)

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

 URARTU GÖZ	SONDALAMA AMELİYATI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.10	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/4

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

Çocuğumun hastalığı ile ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde bilimsel (bilimsel yayınlar dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere Urartu Göz Tıp Merkezi'nde saklanmasını kimlik bilgileri gizli kalmak kaydı ile kabul ediyorum. Bu bilimsel amaçlı araştırmalar için doktoru 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:..... 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-Soyadı :..... İmzası:..... Tarih: Saat:
(tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)

HAZIRLAYAN	İNCELEYEN	ONAYLAYAN
KALİTE BİRİM SORUMLUSU	KURUM MÜDÜRÜ	BAŞHEKİM