
 URARTU GÖZ	EVİSERASYON- ENÜKLEASYON (Göz Küresinin Alınması) AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.16	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/5

Sayın İlgili,

Göz Küresinin Alınması 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 bilgilendirilmiş 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 (**Göz Küresinin Alınması 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 Hakkında Bilgi:

Urartu Göz Tıp Merkezine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze tanısı konulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **EVİSERASYON- ENÜKLEASYON** ameliyatı önerilmektedir. Bu ameliyat sırasında **GÖZ KÜRESİ ALINACAĞI** için **GÖRME OLAMAYACAKTIR**. Hastalık, yaralanma vs. sebebi ile artık iş görmez hale gelen, gözün bütünü ile alınması işlemine "enükleasyon" denir. Gözü hareket ettiren kaslar yerinde bırakılır. Kaybolan hacmi telafi etmek için tercihen bir bilye (implant) yerleştirilir. Gözün alınması gerektiğinde uygulanan tekniklerden biri de "eviserasyon"dur. Burada "sklera" dediğimiz ve gözün dış kısmını oluşturan sert, beyaz tabaka yerinde bırakılır ve göz içindeki hastalıklı dokular temizlenir. Ameliyat sokette kozmetik rehabilitasyon, tümör eksizyonu veya fonksiyonel nedenlerle uygulanmaktadır. Bu amaçla hastanın kendisinden alınan greftler veya hazır implantlar kullanılabilir. Hazır implant olarak silikon veya PMMA kullanılmaktadır. Protez Göz hareketliliği enükleasyon ameliyatlarında beklenmemektedir. Ameliyat sonrasında birkaç gün hastanede yatmanız gerekebilir. Ameliyat sonrası ilk ay, sık kontrollere gelmeniz gerekecektir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

 URARTU GÖZ	EVİSERASYON- ENÜKLEASYON (Göz Küresinin Alınması) AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.16	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/5

Ameliyat sonrası bakım talimatlarına uyulmaması tedaviden sonuç almayı etkilemektedir.

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. Bu komplikasyonlarının bir kısmının tedavisi mevcutken, bir diğer kısmına bağlı olarak kalıcı hasar oluşabilir.

Lokal/genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme, retina tabakasında ayrışma
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. Ameliyat sırasında kanama gelişebilir. Kanama genellikle ameliyat sırasında kontrol altına alınmasına rağmen ameliyat sonrasında da bir süre sızıntı tarzında da devam edebilmektedir. 2. Lokal anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında ağrı hissedilmesi olasıdır. 3. Dokularda delinme ya da zedelenme göz çevresinde morarma 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, ameliyat mikroskobunda arıza, deprem, yangın vs..) 7. Alerjik reaksiyonlar 8. Yara yerinden fazla kanama

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Erken dönemde ameliyat bölgesinde şişlik, morarma ve ağrı. 2. Ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişebilir. 3. Kullanılan dikiş materyaline greft veya implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir. 4. Göz arkası kanaması gelişebilir. 5. Tümör ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi. 6. Ameliyat sırasında yerleştirilen çeşitli ortezlerin vücut tarafından atılması. 7. Göz protezinin tekrar yapılması veya ayarlanması gerekebilir. 8. Sklera tabakasında incelme 9. Gözün ön ve arkasında enfeksiyon. Ameliyat sonrasında hafif veya şiddetli enfeksiyon gelişebilir. Hafif enfeksiyon topikal antibiyotikler ile tedavi edilebilir. Şiddetli enfeksiyonlar sistemik tedavi gerektirir. 10. Dikiş kopmaları, dikiş yeri iltihapları ortaya çıkabilir. Dikişlerle ilgili sorunlar (fazla sıklık ve astigmatizma, enfeksiyöz apse, toksik sütür reaksiyonu, dışarı çıkan düğümlere bağlı papiller konjonktivit, dikişler boyunca damarlanma gelişimi) Dikişlerin yenilenmesine ya



EVİSERASYON- ENÜKLEASYON (Göz Küresinin Alınması) AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.16	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/5

da ilerleyen zamanlarda alınmasına gerek olabilir. 11. Göz kapağında geçici veya kalıcı şekil bozuklukları 12. Gözde ağrı, baş ağrısı, bulantı, kusma görülebilir. 13. Kesi yerlerinde dikiş materyaline bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon ve ciltte iz oluşabilir. 14. Kapak asimetrisi 15. Göz içi tümör ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi. 16. 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. 17. Ameliyat sonrası gerek komplikasyonlar gerekse göz ameliyatına sebep olan hastalığınızın tekrarlaması, ikinci veya daha fazla sayıda cerrahi girişimi gerektirebilir. 18. göze yerleştirilen implantın gözden atılması 19. implant exposure 20. İmplant enfeksiyonu. 21. Düzenli ilaç kullanmayı aksatmanız ameliyat sonucumu olumsuz etkileyebilir. 22. 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 karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

1. Hastalığınız diğer gözünüzü de etkileyebilir. 2. Çocuklarda ameliyat olmama durumunda orbita-göz çevresi gelişemeyecektir. Yüzde asimetri ortaya çıkabilir. 3. Mevcut rahatsızlığınız devam eder veya daha fazla ilerler. İleride tedavi olunamayacak aşamaya gelebilir. 4. Yukarıda el yazısıyla belirttiğimiz tanınız ve uygulanacak işlem doğrultusunda mevcut durumunuzda herhangi bir değişiklik olmayabilir. 5. Özellikle göz içinde bulunan yabancı cisimlerin uzaklaştırılmaması durumlarında enfeksiyon, endoftalmi ve gözün kaybı gerçekleşebilir. 6. Uzun süre ertelenmiş ve tedavi edilmemiş olgularda ileride uygulanacak cerrahinin başarısı azalabilir.

Bireysel Riskler:

.....
.....

Hasta Onamı:

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



**EVİSERASYON- ENÜKLEASYON (Göz
Küresinin Alınması) AMELİYATLARI İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.16	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/5

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 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.

Tarıfıma yapılacakameliyatı sırasında ve sonucunda oluşabilecek **YUKARIDA ANLATILAN ZARARLI SONUÇLARI GÖZE ALARAK**, Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan Evisserasyon-enukleasyon ameliyatınıntarafından 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 yakınının el yazısı ile)
(hastalığım hakkında bilgilendirildim. Yapılacak işlem ile ilgili olası tüm riskler tarafıma anlatıldı, bu şartlar altında işlemi kabul ediyorum.)**

..... (sağ) (sol) **GÖZÜMÜN ALINMASINI** kabul ediyorum.

Hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde bilimsel (bilimsel yayınlar dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere Urartu göz Tıp Merkezi'nde 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:

 URARTU GÖZ	EVİSERASYON- ENÜKLEASYON (Göz Küresinin Alınması) AMELİYATLARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.16	01.01.2024	0	-	Sayfa:5/5

Hastanın Adı-Soyadı :	İmzası:.....	Tarih:	Saat:
Hasta vasisi/yakınının Adı Soyadı:.....	İmzası:.....	Tarih:	Saat:
(Yakınlığı:.....)			
<p>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.</p>			
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