
	YAG LAZER/ İRODOTOMİ /SLT AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.13	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/4

Sayın ilgili,

YAG LAZER/İRİDOTOMİ/SLT 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 (**YAG LAZER/İRİDOTOMİ/SLT**) 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 **YAG LAZER / İRİDOTOMİ/SLT** işlemi önerilmektedir.



Bu girişim lazer (Nd:YAG lazer, Argon lazer, İridotomi, SLT) ile iriste açıklık oluşturularak gözün ön kısmına göz içi sıvısı geçişi sağlanması ve bu sayede gözün ön ve arka bölümlerinde basınç dengesi oluşturularak, artmış olan göz içi basıncının tekrar normal seviyeye inmesi, şiddetli ağrının azaltılması ve tekrarlayan atakların önlenmesi amaçlanmaktadır. Bir gözünde anatomik olarak dar açı saptanan ve glokom atağı geçiren hastalarda, diğer göze de tedbir amacıyla lazer iridotomi önerilmektedir.İşlem öncesinde göz bebeğinin küçültülmesi ve göz içi basıncının düşürülmesi için damlalar damlatılacaktır. Topikal anestezi madde uygulamasını takiben, göz yüzeyine mercek koyulup, lazer yardımıyla iriste uygun bir kadrandan açıklık oluşturulmaktadır. Bazı durumlarda iris dokusu tam kat açılmamakta ve seansın tekrarı gerekebilmektedir. Açıklığın oluşturulmasını takiben işleme son verilmektedir. İşlem sonrasında göz içi basıncı artışının ve inflamasyonun engellenmesi için 3-4 gün süre ile damla tedavisi önerilmektedir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

Lazer işleminin başarı şansı yüksektir. İşlem süresi oldukça kısadır.Her tıbbi uygulamada olabileceği gibi bu işlemde de düşük ihtimalle tedaviden sonuç alınamaması söz konusu olabilir. Ameliyat sonrası bakım talimatlarına uyulmaması da tedaviden sonuç almayı etkilemektedir.

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 anlaşılmayan 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	YAG LAZER/ İRODOTOMİ /SLT AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.13	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/4

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

İşlem sırasında veya sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Ön kamarada reaksiyon 2. Göz içi basıncı değişiklikleri (özellikle işlem sonrası ilk 3 saatte erken dönemde göz içi basıncında geçici yükselmeler olabilir, glokom hastalarında bu artış daha uzun sürebilir) 3. Görme noktasında kistoid ödem 4. Ağ tabakada ayrılma (retina dekolmanı) 5. Üveit/inflamasyon 6. İriste kanama ve açıklıkta kapanma 7. Göz arkasında kanama 8. Görme merkezinde delik oluşumu 9. Kornea ve lens hasarı 10. Enfeksiyon 11. Görme aksında tekrar bulanıklaşma 12. Gözün damar tabakasında ayrılma 13. Göz içi lensinin kayması ya da düşmesi 14. Gözün ön odacığındaki sıvının arka tarafa yönelmesi nedeniyle göz içi basıncı artışı 14. Diabetik hastalarda iriste yeni damar oluşumu ve glokom oluşumunda hızlanma 15. Görme azalması 16. Çift görme 17. Göz içi basıncının aniden ve fazla düşmesine bağlı olarak gözün damar tabakasında ayrılma ya da kanama 18. Rutin kontrollerde saptanamamış ve ameliyat korkusunun tetikleyebildiği bir kalp hastalığı, hipertansiyon veya beyin kanaması gibi önceden tahmin edilemez hayati durumlar ortaya çıkabilir. 19. 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) 20. Ameliyat öncesi hazırlık döneminde saptanamamış, ameliyat sırasında ortaya çıkan ameliyatın devamını imkansız kılan sorunlar olabilir. (Elektrik/jeneratör arızası, cihaz arızası, deprem, yangın vs..) 21. Katarakt gelişiminin hızlanması 22. Kullanılan solüsyonlara ve ilaçlara bağlı toksik keratopati, alerjik reaksiyonlar. 23. Pupil dilatasyonu 24. Göz içi merceğinin yerinden kayması ya da göz arkasına düşmesi 25. Göz içi tansiyonun kronik aşırı düşmesi, hipotoni 26. Gözde ağrı, baş ağrısı, bulantı 27. Korneada sıvı toplanması 28. İşlem sonrası gerek komplikasyonlar gerekse lazer iridotomi uygulanmasına sebep olan hastalığınızın tekrarlaması, ikinci veya daha fazla sayıda işlem girişimi gerektirebilir. 29. İşlem sonrasında görme kalitesinde zaman zaman azalma, ışığa ve parlamaya karşı hassasiyet, görme keskinliğinde değişiklikler olabilir. 30. Göz kapağında geçici veya kalıcı şekil bozuklukları 31. Fonksiyonel ve anatomik başarının tam sağlanamaması. Tedaviye rağmen hastalığın tekrarlaması veya lezyonun nüks etmesi 32. Düzenli ilaç kullanmayı aksatmanız işlemin sonucunu olumsuz etkileyebilir. 33. Tüm tıbbi müdahalelerde 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. Glokom daha fazla ilerleyip görme sinirinde hasar daha da artabilir göz içi basıncında artış ve ağrılı bir reaksiyon oluşumuna neden olabilir 2. Ağrılı ataklar geçirilebilir ve zamanla görme alanında ciddi kayıplar oluşabilir. 3. Sonuç olarak görme daha fazla ve kalıcı olarak azalabilir 4- Hastalığınız diğer gözünüzüde etkileyebilir. 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. Uzun süre ertelenmiş ve tedavi edilmemiş olgularda ileride uygulanacak işlemin başarısı

 URARTU GÖZ	YAG LAZER/ İRODOTOMİ /SLT AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.13	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/4

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, 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 **YAG LAZER, İRİDOTOMİ, ARGON LAZER,SLT** işleminin

.....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 Merkezi'nde saklanmasını kimlik bilgilerim

	YAG LAZER/ İRODOTOMİ /SLT AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HD.RB.13	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/4

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:..... 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 formun 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