



| | | | | |
|--|--|--------------------|------------------------|---|
|  URARTU GÖZ | KORNEA NAKLİ (KERATOPLASTİ) AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU | | |  |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA /NO |
| HD.RB.28 | 01.01.2024 | 0 | - | Sayfa:1/3 |

Sayın Hasta Sayın Veli / Vasi Tanı Hakkında Bilgi: Özel Urartu Göz tıp Merkezine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız.

Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi: Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **KERATOPLASTİ (KORNEA NAKLİ)** ameliyatı önerilmektedir. Keratoplastinin amacı gözün saydam tabakasında meydana gelen hastalıklardan dolayı oluşan görme azalmasının tedavi edilmesidir. Ameliyatınız lokal/genel anesteziyle yapılacaktır. Lokal anestezi yapılırken özel iğnelerle gözün arkasına ve etrafına anestetik madde verilecektir. Ameliyat kornea hastalığınızın tipine göre iki türlü yapılabilir. Birincisi tam kat kornea nakli (penetran keratoplasti), ikincisi ise hasta korneanın bir kısmının bırakılarak üzerine doku nakli uygulanması (lamellar keratoplasti) şeklinde yapılmaktadır. Vericiden alınan kornea steril şartlarda hazırlandıktan sonra alıcının korneası kesilerek (tam kat ya da kısmi) yukarıda tariflenen yöntemlere uygun şekilde kornea tek tek ya da devamlı olabilen dikişlerle alıcı yatağa tutturulur. Gerekli durumlarda göz içi merceğinin alınmasına ihtiyaç duyulabilir. Ameliyat sonrasında uzun süre damla ya da ağızdan ilaç tedavisi gereksinimi olabilmektedir. Ayrıca dikişlerin yenilenmesine ya da ilerleyen zamanlarda alınmasına gerek olabilir. **Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:** Ameliyat süresi ortalama 60-120 dk arasında değişebilmektedir. Tedavide başarı şansı önceki hastalığın tipine, glokom varlığına, göz tembelliğine, ameliyat öncesinde kornea bulanıklığından dolayı görülemeyen retina, optik sinir ve keskin görme noktası (makula) hastalıklarına ve hastanın bağışıklık sistemine göre değişmektedir. Tedavi

Komplikasyonları ve Riskleri:

Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda retrobulber iğne ile zedelenme,2. Anestetik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, 3. Anestetik ilaca karşı alerjik reaksiyon,4. Göz arkasında kanama, 5. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

- 1.Makas veya trepan gibi kesici aletlerle lens ya da iris hasarı 2. Korneanın düzgün şekil de çıkartılamaması 3. Verici korneanın santralize edilememesi 4. Damarlanmış alıcı kornealarında yara yerinden fazla kanama 5. Koroidal kanama 6. Yara yerine iris yapışması 7. Ameliyat sırasında verici korneanın epitelinin hasarlanması

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Yara yeri sızıntısı 2. Sığ ön kamera veya yara yerine iris sıkışması 3. Göz içi basınç yükselmesi 4. Endoftalmi 5. Korneanın endotel tabakasının yetersizliği 6. Kalıcı epitel defekti 7. İlk hastalığın tekrarı 8. Dikişlerle ilgili sorunlar (fazla sıkılık ve astigmatizma, enfeksiyöz apse, toksik sütün reaksiyonu, dışarı çıkan düğümlere bağlı papiller konjonktivit, dikişler boyunca damarlanma gelişimi) 9. Korneal dokunun reddi



Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaştığınız riskler;

- 1-Korneada incelme varsa delinme 2- Hasta çocuk ise göz tembelliği 3- Kornea yüzey tabakası açığa (epitel) enfeksiyon ve apse gelişimi

Hasta Onamı:

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalelerin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

| | | | | |
|--|--|--------------------|------------------------|---|
|  URARTU GÖZ | KORNEA NAKLİ (KERATOPLASTİ) AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU | | |  |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA /NO |
| HD.RB.28 | 01.01.2024 | 0 | - | Sayfa:2/3 |

Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **KERATOPLASTİ (KORNEA NAKLİ)** ameliyatının gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum: 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. Kullanılacak ilaçların Önemli Özellikleri: Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım. Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Hastane Tel: 0850 440 44 45 – 0539 235 34 34 Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

yukarıda anlatılan zararlı sonuçları da göze alarak, başkaca açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu okudum, anladım ve Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **KERATOPLASTİ (KORNEA NAKLİ)** ameliyatının Dr..... tarafından gerçekleştirilmesine izin veriyorum.

Doktorumun işlem sırasında durum tespit etmek amacı ile fotoğraf ve/veya video tarzında görüntü kayıtları yapma gereği duyması halinde hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere doktorum tarafından saklanmasını kabul ediyorum.

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.)

Doktorumun işlem sırasında durum tespit etmek amacı ile fotoğraf ve/veya video tarzında görüntü kayıtları yapma gereği duyması halinde hastalığımla ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak da kullanılmak üzere doktorum tarafından saklanmasını kabul ediyorum.

Bu doküman 3 SAYFADIR.

Tarih :

HASTANIN
Adı-Soyadı :

| | | | | |
|---|--|--------------------|------------------------|---|
|  | KORNEA NAKLİ (KERATOPLASTİ) AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU | | |  |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA /NO |
| HD.RB.28 | 01.01.2024 | 0 | - | Sayfa:3/3 |

İmza :

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN / ÇEVİRMENİN
Adı-Soyadı :

İmza :

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 imzalayarak onaylamıştır.

DOKTORUN Adı-Soyadı:

İmzası :

Tarih :

ŞAHİT (tıbbi Sekreter-hemşire-personel vb. sağlık çalışanı)
Adı-Soyadı :

İmzası :

Tarih :

| HAZIRLAYAN | İNCELEYEN | ONAYLAYAN |
|-------------------------------|---------------------|------------------|
| KALİTE BİRİM SORUMLUSU | KURUM MÜDÜRÜ | BAŞHEKİM |