



GÖZ HASTASI TABURCULUK YÖNERGESİ

Dokuman No:	KLN.FR.25
Yayın Tarihi:	06.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Adı Soyadı: Tarih:
Doğum Tarihi: Protokol No:
Cinsiyeti: Servis:

Hastanın taburcu edildiği yer	<input type="checkbox"/> Ev	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
Evde bakıma ihtiyacı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
Evde bakımı karşılayacak kişi	<input type="checkbox"/> Aile	<input type="checkbox"/> Özel hemşire		
Cihaz Gereksinimi	<input type="checkbox"/> Aspiratör	<input type="checkbox"/> Oksijen tüpü	<input type="checkbox"/> Ventilatör	<input type="checkbox"/> Nebulizatör
	<input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Yok		
Özel hemşire ise yönlendirilen yer/tel:				
Cihaz Koordinasyonu yönlendirilen yer/tel:				

İLAÇ TEDAVİSİ: Aşağıda kullanmanız gereken ilaçlar ve dozları belirtilmiş olup kullanım sürelerine dikkatle uymanızı öneririz

İlacın Adı:	Kullanım Şekli	Süresi
	Aç Tok Sabah Öğlen Akşam Gece	
	Aç Tok Sabah Öğlen Akşam Gece	
	Aç Tok Sabah Öğlen Akşam Gece	
	Aç Tok Sabah Öğlen Akşam Gece	
	Aç Tok Sabah Öğlen Akşam Gece	

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1. Ameliyatınız tamamlandı ve taburcu oldunuz, geçmiş olsun dileriz. Aşağıdaki önerilerimizi doğru uygulamanız halinde ameliyatınızın başarısı artacak ve görme memnuniyetiniz devam edecektir.
2. Yukarıdaki yuvarlak içine alınan saatlerde kullanacağınız damlaları göze ve kirpiklere değdirmekten, alt kapağı aşağıya doğru çekerek gözün içine damlatınız. Birden çok ilaç varsa damlalar arası en az 5 dakika bekleyerek diğerini damlatınız.
3. Ameliyatlı gözünüzü darbeden ve kirli ortamlardan (*rüzgâr, toz, kaynak vb.*)
4. İlk hafta gözünüzün içine su girmemesine dikkat ediniz. Ameliyattan 2 gün sonra göz içine su gelmeyecek şekilde (baş arkaya doğru eğilerek) ılık suyla banyo yapılabilir. (Sıcak su ve buhardan kaçınınız.)
5. Gözünüzü ovuşturmayınız ve baskı yapmayınız. Silmeniz gerekiyorsa tek kullanımlık kâğıt mendil ile nazikçe siliniz.

Hekime başvurulması gereken durumlar

1. Gözünüzde beklenmeyen şiddetli ağrı, kızarıklık ya da ani görme azalması olursa zaman kaybetmeden doktora başvurunuz.
2. Size söylenen zamanlarda mutlaka kontrol muayenelerinize geliniz.

Kontrol randevu tarihi.../.../..... Planlanan pansuman tarihi...../...../.....

Hekimin Adı Soyadı:..... Hemşirenin Adı Soyadı:.....
Tarih .../.../.... Saat:..... Ünitenin tel:.....
Tel:.....İmza:..... İmza:.....

Yukarıdaki bilgileri aldığımı ve anladığımı onaylıyorum.
Adı Soyadı:..... İmza:.....