



# YAĞ LAZER KAPSÜLOTOMİ AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.156
Yayın Tarihi	16.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/1

## Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Modern katarakt cerrahisinde koyulaşmış olan doğal göz merceğinin çıkartılarak yapay bir merceğin içinde durabileceği zar şeklindeki arka kapsülün yerinde bırakıldığı ancak bu zarın başlangıçtaki şeffaflığını kaybederek zamanla bulanık göremeye yol açabildiği, YAG lazer ile bulanıklığa neden olan bu zarın ortasının açılarak görmenin artırılmaya çalışıldığı konusunda doktorum tarafından bilgilendirildim. bu işlemden sonra uçuşan noktalar görebileceğim, %1-2 gibi düşük olasılıkla da olsa görmeyi geçici veya kalıcı olarak azaltabilecek ağ tabakada (retina) şişme( ödem) veya ayrılma (retina dekolmanı) ihtimali olduğu ve göz tansiyonumun geçici olarak artabileceği, gözümün içine daha önceden yerleştirilmiş olan merceğin cinsine göre üzerinde leke veya çizikler oluşabileceği doktorum tarafından anlatıldı.

## Hasta, Veli Veya Vasinin Onay Açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Tedavi/girişim' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

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

Doktoruma sorduğum burada yazılı olmayan diğer hususlar hakkında da yeterli bilgi aldım. Bu bilgiler ışığında kendi rızam ile Sağ (.....) Sol (.....) gözüme YAG lazer işleminin yapılmasını kabul ediyorum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan 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 hasta ve hasta yakınına yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

**İşlemin Tahmini Süresi :** 10 – 20 dakikadır

**Kullanılacak İlaçların 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: 0 212 274 69 25 – 444 25 93

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....  
.....



**YAĞ LAZER KAPSÜLOTOMİ  
AMELİYATI  
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Dokuman No	YÖN.RB.156
Yayın Tarihi	16.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/2

Tarih:...../...../..... Saat:

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;
<b>Hastanın</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi ..... Tel.No:..... İmza:	<b>Yasal Temsilci *( Vasi) veya Veli</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. .... Tel.No:..... İmza:
<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:
<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza: