



## FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.157
Yayın Tarihi:	16.01.2010
Rev.No:	01
Rev.Tarihi:	27.10.2016
Sayfa no:	2/1

**Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi**

### Tanı Hakkında Bilgi:

Çevre Hastanesi Göz kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ ..... Sol..... gözünüze ..... tanısı konulmuş olup **FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ** tetkikine gereksinim duyulmuştur.

### Fundus flöresein anjiografi neye yarar?

Flöresein özelliği olan boya koldaki yüzeysel toplar damarlardan verildikten sonra göz damarlarına geçer. Bundan sonra gözün retina ve koroid adı verilen tabakalarındaki damarların akım özellikleri, bütünlükleri, bu tabakaların ince detayları görülür. Bu yüzden; Şeker hastalığına bağlı anormal sızıntılara yol açan damarlarla seyreden retinopatilerde, damar tıkanıklıklarında, yaşa bağlı maküla bozukluklarında, retina damarlarındaki hastalıklarda kullanılır. Böylece uygun tedaviler planlanabilir.

### Anjiografinin Çekilişi:

Hasta fundus kamera aletinin önüne oturtulur. Genellikle ön koldan yüzeysel bir toplar damardan daha önce size reçete edilmiş olan flöresein içeren ilaç enjekte edilir. Bundan sonra hastanın gözünü söylenen pozisyonlarda tutması önemlidir. Bu sırada hastanın her iki gözünden çok sayıda fotoğraflar çekilir. Film çekilirken özellikle erken dönemde hastanın uyumlu olmaması ve istendiği şekilde durmaması tetkikin değerlendirilmesini zorlaştırabilir.

### Anjiografinin Yan Etkileri:

İşlem sırasında gözü genişletmek için kullanılan damlalar 3 ( üç ) gün kadar bulanık görmeye neden olur. Bu yüzden hastalar bu sürede taşıt kullanmamalı mümkünse yalnız yolculuk yapmamalıdır. Ciltte ve idrarda flöresein boyaya bağlı sarımsı renk değişikliği birkaç gün sürer. Anjiografiden sonra bir süre yapılacak olan bazı kan testlerinde karışıklık söz konusu olabilir.

Boya enjeksiyonundan 30 – 60 saniye kadar sonra hastaların % 2 – 4’ ünde geçici bulantı ve kusma olabilir. Bu sırada film çekildiği için hastanın derin nefes alarak kendini tutabiliyorsa bunu engellemesi film açısından önemlidir. Bulantı hissi geçicidir.

Çok nadiren bazı alerjik reaksiyonlar olabilir. Daha önceden benzer ilaç allerjiniz yada çok allerjik bünyeniz varsa bunu bildirirseniz uygun ön tedaviler verilebilir. Bununla birlikte beklenmeyen bir durumda da gerekli acil ilaç ve tedaviler uygulanır. Meme kanseri için mastektomi ve lenf nodu eksizyonu geçirdiyseniz diğer kolunuzu ilaç verilmesi için öneriniz.

Flöreseinin plesentaya geçtiği gösterilmemiştir, ancak özellikle gebeliğin ilk üç ayında kullanılmaması uygundur.

İşlem sonrası bol miktarda su içilmesi gereklidir.

Anjiografi için hastanın bazı dahili problemlerinin çözülmesi gerekmektedir. Öncelikle böbreklerinin ilaç süzme görevinde sorun olmaması, kan basıncının ve kan şekerinin kontrol altında olması uygundur. Bu yüzden hastalarımızın tetkik öncesi dahiliye muayenesini tamamlamış ve dahiliye doktorlarının iznini almış olması beklenir.

### 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 kullanılabilceği açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim taktirde 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. Sağ (.....) Sol (.....) gözümü uygulanması planlanan FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ işleminin gerçekleştirilmesine kendi rızamla kabul ediyorum.

İsmi 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



## FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAF BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.157
Yayın Tarihi:	16.01.2010
Rev.No:	01
Rev.Tarihi:	27.10.2016
Sayfa no:	2/2

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 :** 30 – 50 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:

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: