

Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Tanı Hakkında Bilgi:

Çevre Hastanesi Göz kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze tanısı konulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **TRABEKÜLEKTOMİ (...)** / **DERİN SKLEREKTOMİ (...)** / **VİSKOKANALOSTOMİ (...)** ameliyatı önerilmektedir.

Bu ameliyatın amacı, kullanmakta olduğunuz tedaviye rağmen yüksek seyreden ve görme sinirinde harabiyete neden olan mevcut göz içi basıncını, görme siniri hasarının engelleneceği daha düşük değerlere ulaştırmaktır. Glokom nedeni ile bugüne kadar oluşmuş olan görme siniri hasarının geri döndürülmesi mümkün değildir. Ancak, göz içi basıncı düşüşü sağlandığında bu hasarın ilerlemesi durdurulabilir.

Ameliyat öncesinde göz bebeğinin küçültülmesi için damla damlatılacaktır. Ağrı hissetmemeniz için göz arkası ve çevresine iğne yapılacaktır. Nadiren, iğne yapılmasının sakıncalı olduğu durumlarda genel anestezi gerekebilmektedir. Anestezinin sağlanmasını takiben, uygun olan kadrandan gözün dış tabakasını oluşturan konjonktiva makas ile kesilip, altındaki sklera denilen gözün beyaz duvarına ulaşılabilecektir. Bu cerrahi ile sklera uygun cerrahi enstrümanlar yardımı ile yüzeysel olarak kaldırıldıktan sonra, göz içi sıvısının bir dirençle karşılaşmadan cerrahi olarak oluşturulan açıklıklar yoluyla skleral tabaka altından akımı ve emiliminin sağlanması amaçlanmaktadır. Takiben daha önce kaldırılmış olan skleral tabaka tekrar yerine kapatılır ve gözün dış tabakaları ile beraber suture edilir. Bu cerrahi uygulamalarda etkinliğin uzun süre devam edebilmesi için cerrahi alana sıklıkla antifibrotik ilaç uygulaması yapılmaktadır.

Tedavi Başarı Şansı:

Glokom cerrahisinin başarı şansı yüksektir.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

Lokal/genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme,
2. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu,
3. Anestezik 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. Kesi yapılırken kanama

2. Dokularda delinme ya da zedelenme
3. Göz içi basıncının aniden ve fazla düşmesine bağlı olarak gözün damar tabakasında ayrılma ya da kanama

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Ameliyatta oluşturulan kesi yerlerinden göz içi sıvısı sızması

2. Göz içi basıncı değişiklikleri (yükselmesi ya da aşırı düşmesi)
3. Enfeksiyon
4. Görme azalması
5. Göz içi sıvısının toplandığı ve ameliyatla oluşturulmuş olan haznede kistik oluşum veya fonksiyon kaybı
6. Ameliyat mikroskopunun ışığından kaynaklanan görme noktasında harabiyet
7. Katarakt
8. Gözün ön tarafındaki sıvının arka tarafa yönelmesi nedeniyle göz içi basıncında aşırı yükselme
9. Sklera tabakasında incelme

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar: 1. Glokom daha fazla ilerleyip

- görme sinirinde hasar daha da artabilir göz içi basıncında artış ve ağırlı bir reaksiyon oluşumuna neden olabilir
2. Ağırlı ataklar geçirilebilir ve zamanla görme alanında ciddi kayıplar oluşabilir.
3. Sonuç olarak görme daha fazla ve kalıcı olarak azalabilir
4. Gecikmiş bir glokom cerrahisinde ameliyat zorlaşabilir ve süresi uzayabilir, komplikasyon riski artabilir.

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.

GLOKOM CERRAHİSİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No:	YÖN.RB.158
Yayın Tarihi:	16.01.2010
Rev.No:	02
Rev.Tarihi:	27.10.2016
Sayfa no:	2/2

- 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 (.....) gözüme uygulanması planlanan TRABEKÜLEKTOMİ (...) / DERİN SKLEREKTOMİ (...) / VİSKOKANALOSTOMİ (...) ameliyatının 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 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 : 45-60 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;
Hastanın Hasta Adı Soyadı:..... Adresi Tel.No:..... İmza:	Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Adresi Tel.No:..... İmza:
Doktor Adı Soyadı:..... İmza:	Doktor Adı Soyadı:..... İmza:
Şahit** Adı Soyadı:..... İmza:	Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: