



GÖZİÇİ ÇEVRESİ STERÖİD ENJEKSİYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.160
Yayın Tarihi	06.01.2010
Rev.No	02
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/1

Satın Hasta, Sayın Veli / Vasi

Tanı Hakkında Bilgi:

ÇEVRE HASTANESİ Göz Kliniğine 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 **SUBTENON (...)** / **İNTRAVİTREAL** **STERÖİD ENJEKSİYONU** ameliyatı önerilmektedir.

Göze uygulanan enjektabl tedavisi, direkt olarak göz içine enjeksiyon veya göz küresi etrafına enjeksiyon şeklinde uygulanmaktadır. Uygulama öncesi göz çevresi ve göz içi antiseptik solüsyonlarla temizlenecektir. Gözünüze ağrı duymamanızı önleyecek anestetik damlalar damlatılacaktır. Enjeksiyon gözün saydam olmayan bölümünden göz içine veya göz çevresi dokulara uygulanacaktır. Tedavi sonrası antibiyotikli veya gerekirse göz içi basıncınızı düşürmek için damlalar kullanmanız gerekecektir. Göz içi basıncınızın takibi için kontrollere çağrılacaksınız. Tedavi sonrası 3 saat kadar yatmamanız gerekmektedir. Enjeksiyon sonrası göz önünde uçuşmalar ve beyaz bir leke görebilirsiniz.

Tedavideki amaç tanınıza göre farklılıklar göstermektedir. Göz içi iltihabın azaltılması veya önlenmesi, anormal damarların gelişiminin engellenmesi, göz damar iltihaplarının iyileştirilmesi, retina tabakası ve merkez görme noktasında sıvı birikimlerinin azaltılması hedeflenen amaçlardır.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

- 1-Enfeksiyon
- 2- Retina tabakasının yerinden ayrılması
- 3- Göz içi kanama
- 4- Göz içi basıncında geçici veya kalıcı yükselme
- 5- Katarakt
- 6-Ağrı. Bu komplikasyonların bazılarının tedavisi mümkündür. Komplikasyonlara bağlı olarak kalıcı görme hasarı gelişebilir.

Tedavinin kabul edilmemesi karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

Size önerilen tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşılabilecek riskler şunlardır;

- 1-Tanınıza göre altta yatan hastalığın ilerlemesi görmenizde azalmaya, gözünüzde ağrıya, göz içi kanamalara ve göz içi iltihaplarına neden olabilir.
- 2- Görmenizi tamamen yitirebilirsiniz.

Hasta Onamı:

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 **SUBTENON (...)** / **İNTRAVİTREAL.....** **STERÖİD ENJEKSİYONU** işleminin gerçekleştirilmesine kendi rızamla kabul ediyorum.

İşlemin Tahmini Süresi : 3-10 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 hekimime, farklı bir hekime, tedavi gördüğüm 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:

.....
.....



**GÖZİÇİ ÇEVRESİ STEROİD
ENJEKSİYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ
ONAM FORMU**

Dokuman No	YÖN.RB.160
Yayın Tarihi	06.01.2010
Rev.No	02
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/2

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: