



RETİNA LASER FOTOKOAGÜLASYONU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.162
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 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 **LASER FOTOKOAGÜLASYON** işlemi önerilmektedir.

LASER fotokoagulasyon işleminin amacı daha önceden belirlenmiş bir retina bölgesinde çevre dokularda minimal hasar oluşturarak tedavi edici yanık meydana getirmektir. LASER fotokoagulasyon, retinanın damarsal hastalıkları, görme noktasındaki yeni damar oluşumları, retina yırtıkları ve retinada yırtığa sebep olabilecek periferik dejenerasyonlar ile bazı göz içi tümörlerinin tedavisinde kullanılmaktadır. İşlem öncesinde gözbebeğinizi genişletici damlalar gözünüze damlatılacaktır. Anestezik damla uygulamasını ve göz yüzeyine mercek konulmasını takiben uygun kadranslara LASER uygulaması yapılacaktır. Sadece lokal bir hasar veya ödem varsa yalnız o bölgeye LASER uygulaması yapılır. Hasar sadece bir saha ile sınırlı değil ise maküla (keskin görme noktası) bölgesi hariç tüm retinaya birkaç seans LASER uygulanabilmektedir. Gerekli olan durumlarda LASER seansları işlem sonrasında 3-4 gün süre ile damla önerilmektedir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

LASER fotokoagulasyon işleminin başarı şansı yüksektir. İşlem süresi 15-20 dakikadır.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri: Nadirdir

1-İnflamasyon

2- kanama

3- Göz içi basıncında yükselme

4- Ağrı

5- Göz içi ve dışı enfeksiyon. Bu komplikasyonların bazılarının tedavisi mümkünken öncelikle tam kontrol altına alınamayan şeker hastalığı, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda ileri yaşta bazı komplikasyonlara bağlı kalıcı görme hasarı gelişebilir.

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

Size önerilen tedaviyi kabul edilmemesi durumunda altta yatan hastalığın ilerlemesi görmenizde azalmaya, gözünüzde ağrıya, göz içi kanamalara neden olabilir. 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 (.....) gözüme uygulanması planlanan **LASER FOTOKOAGÜLASYON** işleminin gerçekleştirilmesine kendi rızamla kabul ediyorum.

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.



**RETİNA LASER
FOTOKOAGÜLASYONU
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Dokuman No	YÖN.RB.162
Yayın Tarihi	16.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/2

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: