

LASER İRİDOTOMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.163
Yayın Tarihi	10.11.2012
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vası;

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın!

.....Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurulmuş
Bulunmaktasınız.Sağ (.....) Sol (.....) gözünüzetanısı konulmuştur.
Tedavisi Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze LAZER İRİDOTOMİ işlemi önerilmektedir.

Hastalık Hakkında Genel Bilgi:

Bu girişim lazer (Nd: YAG lazer,Argon lazer) ile iriste açıklık oluşturularak gözün ön kısmına göz içi, sıvısı geçişi sağlanması ve bu sayede gözün ön ve arka bölümlerinde basınç dengesi oluşturularak artmış olan göz içi basıncının tekrar normal seviyeye inmesi, şiddetli ağrının azaltılması ve tekrarlayan atakların önlenmesi amaçlanmaktadır. Bir gözünde anatomik olarak dar açı saptanan ve glokom atağı geçiren hastalarda, diğer göze de tedbir amacıyla lazer iridotomi önerilmektedir.

İşlem öncesinde göz bebeğinin küçültülmesi ve göz basıncının düşürülmesi için damlalar damlatılacaktır.

Tropikal anestezi madde uygulamasını takiben, göz yüzeyine mercek koyulup, lazer yardımıyla iriste uygun bir kadrandan açıklık oluşturulmaktadır. Bazı durumlarda iris dokusu tam kat açılmamakta ve seansın tekrarı gerekebilmektedir. Açıklığın oluşturulmasını takiben işleme son verilmektedir. İşlem sonrasında göz içi basıncı artışının ve inflamasyonun engellenmesi için 3-4 gün süre ile damla tedavisi önerilmektedir.

Lazer ile iridotomi işleminin başarı şansı yüksektir. İşlem sonrası ya da işlem sonrasında oluşabilecek

Komplikasyonlar:

1. Ön kamarada reaksiyon
2. göz içi basıncı değişiklikleri (özellikle işlem sonrası ilk 3 saatte erken dönemde göz içi basıncıda geçici yükselmeler olabilir, glokom hastalarında bu artış daha uzun sürebilir)
3. Görme noktasında kistoid ödem
4. Ağ tabakada ayrılma (retina dekolmanı)
5. Üveit /inflamasyon
6. İriste kanama ve açıklıkta kapanma
7. Göz arkasında kanama
8. Görme merkezinde delik oluşumu
9. Kornea ve lens hasarı
10. Enfeksiyon
11. Görme aksında tekrar bulanıklaşma
12. Gözün damar tabakasında ayrılma
13. Göz içi lensinin kayması yada düşmesi
14. Gözün ön odacığındaki sıvının arka tarafa yönelmesi nedeniyle göz içi basıncı artışı
15. Diabetik hastalarda iriste yeni damar oluşumu ve glokom oluşumunda hızlanma
16. Görme azalması
17. Çift görme

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.

LASER İRİDOTOMİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.163
Yayın Tarihi	10.11.2012
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/2

Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan LAZER İRİDOTOMİ işleminin gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

İşlemin tahmini süresi: 10-20 dakikadır.

Kullanılacak ilaçların 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: