



ŞAŞILIK AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.164
Yayın Tarihi	17.06.2013
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vası;

Tanı Hakkında Bilgi:.....Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için baş vurmuş bulunmaktasınız. Sağ(.....)Sol(.....)gözünüze.....tanısı konuşmuştur.

Tedavi Yöntemi hakkında bilgi: Mevcut hastalığınızın tedavisi için sağ (.....) sol(.....) gözünüze Ameliyatı önerilmektedir.

Şaşılık ameliyatının amacı, gözlerdeki kaymanın düzeltilerek, gözlerdeki paralelliğin sağlanması ve eğer varsa baş eğikliğinin düzeltilmesidir. Ameliyatın var olan binoküler görme (iki gözle tek görme) düzeyinizi korumak veya bazı durumlarda arttırmak gibi olumlu etkileride vardır. Bu ameliyat sırasında gözün etrafındaki kaslara müdahale edilecek, kaymanın derecesi ve tipine göre bu kaslarda ayarlamalar yapılacaktır, ameliyat lazerle yapılmamaktadır. Şaşılık ameliyatı görmenin artması veya göz tembelliğinin (=ambliyopinin) tedavisi için yapılan bir ameliyat değildir. Eğer ameliyat öncesinde göz tembelliğinin tedavisi yapılıyorsa, bu tedavinin ameliyat sonrasında da doktorunuzun önerileri doğrultusunda devam etmesi gerekmektedir. Ameliyat sırasında genellikle genel anestezi kullanılmaktadır, ancak bazı hastalar için lokal anestezi yeterli olabilmektedir. Durumunuzun hangi tip anestezi için uygun olduğu yapılacak muayeneler sonucu belirlenecek önerilen anestezi türü ile ilgili anestezi hekimi tarafından size bilgi sunulacaktır. Bu konuda açıklanmasını istediğiniz her türlü konuyu anestezi hekimine sorabilirsiniz. Genel anestezi altında ameliyat olabilmemiz için sistemik açıdan engel bir rahatsızlığınızın olmaması gerekmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi bazı tetkikler yapılacak, anestezi veya dahiliye / çocuk hastalıkları uzmanları tarafından ameliyata onay verilecektir.

Tedavi Başarısı: Şaşılık cerrahisinin başarı şansı yüksek olmasına karşın bazı hastalarda ikinci veya üçüncü kez ameliyat gerekebilir.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:Lokal genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: ameliyat genel anestezi ile yapıldığı takdirde buna bağlı riskler mevcuttur. Lokal anestezi ile yapıldığında da işlem sırasında yapılan iğne ile göz ve/veya arkasındaki damarlarda zedelenme veya anestezik ilaç ile görme sınırında hasar oluşabilir, anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon görülebilir, göz arkasında kanama gelişebilir.

Ameliyat Sırasında ve Sonrasında Oluşabilecek Komplikasyonlar: Enfeksiyon, çift görme, alerjik reaksiyonlar, gözün iğne geçiş sırasında delinmesi, göz kapağında pozisyon ve yapı değişiklikleri, kasın kaçması gibi problemlerle karşılaşılabilir ancak bunların büyük kısmının tedavisi, cerrahi sırasında veya sonrasında mümkündür.

Şaşılık ameliyatından sonra gözünüzdeki kayma aynı yöne veya ters yöne tekrarlayabilir, bu olasılık oldukça düşük olmakla birlikte tekrar tedavi olanağı bulunmaktadır.

Uygulanan işlem sonrasında gözlük takmaya devam etmeniz gerekebilir. Ameliyat sonrasında gözlük numaralarında ayarlama yapılması gerekebilir.

İyileşme sürecinde olası sorunlar: yaklaşık yedi on gün süren kızarıklık, batma erişkinde çift görme.

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

Bu ameliyat yapılmazsa gözünüzdeki kayma ve/veya hareket kusurunun, ilaç veya gözlük tedavisiyle ya da kendiliğinden düzelmesi beklenmemektedir.

Hasta Onamı: Girişim esnasında vücudumdan tanı tedavi amacıyla çıkarılacak doku ve organların tıp biliminin gelişimi için yapılacak çalışmalarda kullanılması amacıyla gerekli yetki ve izni veriyorum. Tıbbi yada cerrahi müdahale sırasında tedaviyi uygulayacak olan ekip tarafından çekilen fotoğraflar ve video kayıtlarının ve gerekli



ŞAŞILIK AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.164
Yayın Tarihi	17.06.2013
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/2

dökümanların kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydıyla Göz Kliniğinde saklanmasına ve gerektiğinde tıp eğitimine hizmet amacıyla kullanılmasına izin veriyorum.

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. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum. Sağ (....) sol (.....) gözüme uygulanması planlanan ameliyatının gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

İşlemin tahmini süresi: Bir ya da iki göz ve kas sayısına göre değişir. 30-60 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: