



## EVİSERASYON-ENÜKLEASYON (GÖZ KÜRESİNİN ALINMASI) AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.166
Yayın Tarihi	21.02.2013
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi

### Tanı Hakkında Bilgi:

..... 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 ..... ameliyatı önerilmektedir. Bu ameliyat sırasında **Göz Küresi Alınacağı İçin Görme Olamayacaktır**. Ameliyat sokette kozmetik rehabilitasyon, tümör eksizyonu veya fonksiyonel nedenlerle uygulanmaktadır. Bu amaçla hastanın kendisinden alınan greftler veya hazır implantlar kullanılabilir.

### Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

#### Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon,
2. Göz arkasında kanama,
3. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar.

#### Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Ameliyat sırasında kanama gelişebilir. Kanama genellikle ameliyat sırasında kontrol altına alınmasına rağmen ameliyat sonrasında da bir süre sızıntı tarzında da devam edebilmektedir.
2. Lokal anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında ağrı hissedilmesi olasıdır.

#### Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Erken dönemde ameliyat bölgesinde şişlik, morarma ve ağrı.

1. Ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişebilir.
2. Kullanılan dikiş materyaline greft veya implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir.
3. Göz arkası kanaması gelişebilir.
4. Tümör ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi.
5. Ameliyat sırasında yerleştirilen çeşitli ortezlerin vücut tarafından atılması.
6. Göz protezinin tekrar yapılması veya ayarlanması gerekebilir.

### Hasta Onamı:

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalelerin amacı, riskleri, komplikasyonları ve tekrar gerekebilecek ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

..... (sağ) ..... (sol) gözüme uygulanması planlanan .....**Ameliyatının** gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

..... (sağ) ..... (sol) **Gözümün Alınmasını** kabul ediyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan bu formu imzalıyorum:

**İşlemin Tahmini Süresi:** 60 - 120 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.



**EVİSERASYON-ENÜKLEASYON (GÖZ  
KÜRESİNİN ALINMASI) AMELİYATI  
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Dokuman No	YÖN.RB.166
Yayın Tarihi	21.02.2013
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:

<b>HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE</b>	<b>HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;</b>
<b>Hastanın</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi ..... Tel.No:..... İmza:	<b>Yasal Temsilci *( Vasi) veya Veli</b> Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. .... Tel.No:..... İmza:
<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Doktor</b> Adı Soyadı:..... İmza:
<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza:	<b>Şahit**</b> Adı Soyadı:..... İmza: