

**Sayın Hasta, Sayın Veli / Vasi**

**Tanı Hakkında Bilgi:**..... Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze şalazyon tanısı konulmuştur.

Şalazyon nedir? Göz kapağındaki salgı bezlerinin iltihaplanmasıdır. Alt, üst veya her iki göz kapağında birlikte ağrısız sert ve yuvarlak bir nodül şeklinde görülür.

Göz kapağında ağırlık, kızarıklık batma sulanma ve görme bozukluğuna sebep olur.

Şalazyonun tedavisinde ilaçlar etkili olmaz. Şalazyon içine iğne yapılabilir. Ancak şalazyon büyük ise tedavisi için tek seçenek cerrahidir

**Şalazyon Ne Zaman Ve Nasıl Ameliyat Edilir?**

Gözde belirgin rahatsızlık yapıyorsa (kızarıklık, batma, sulanma gibi) görme bozukluğuna yol açıyorsa, göz kapağı ağırlığı ile kapanıp görmeyi tehlikeye düşürecek bir risk oluşturuyorsa, estetik bakımdan hastayı rahatsız eden bir kusur oluşturuyorsa ve diğer tıbbi zorunluluk hallerinde şalazyon ameliyatı yapılır.

Şalazyon ameliyatı lokal anesteziyle yapılır ve hastanede yatmayı gerektirecek bir ameliyat değildir. Günlük yaşantınızı birkaç gün etkiler. Nodül olan göz kapağı içinden lokal anestezi yapılır, küçük bir kesiyle nodül kürete edilir ve antiseptik sıvı ile temizlenir.

**Tedavi Komplikasyonları Ve Riskleri:**

Lokal/genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: Genellikle lokal anestezi yani bayıltmadan sadece o bölge uyuşturularak yapılır.

1. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon,
2. Göz kapağı arkasında kanama,
3. Çocuklarda genel anestezi uygulanması gerekirse buna bağlı olabilecek sorunlar

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: Her ameliyatta olduğu gibi şalazyon ameliyatında da bir takım riskler bulunmaktadır.

**Genel Olarak Riskler:** 1- Operasyonda veya sonrasında kullanılan ilaçlara karşı duyarlılık reaksiyonu

2- Şalazyon ameliyat sonrasında tekrar oluşabilir, tekrar ameliyat gerekebilir.

**Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:** Tedavi edilmediği takdirde yerleşim yerine göre kozmetik veya görsel bozukluklara sebep olabilir. Ya da çevresindeki dokulara baskı yapabilir.

Yukarıda belirtilmiş olan ve Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan tıbbi ya da cerrahi müdahalelerin gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Aşağıda imzası bulunan doktor tarafından, gözüme uygulanacak olan girişimin neden gerekli olduğu, görme kaybı dahil olmak üzere içerdiği riskler, muhtemel oluşabilecek olan komplikasyonlar, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikler ya da iyileşmem esnasında gelişebilecek olaylar tarafıma anlatıldı. Ayrıca, yapılan işlem esnasında/sonrasında doktorumun önceden saptanmayan bir patoloji bulması halinde ya da gereken diğer durumlarda, bana yararlı olabileceğini düşündüğü ek veya değişik tedavi girişimlerinin uygulanabilme ihtimali tarafıma anlatıldı ve bu durumu da kendi rızamla kabul ediyorum.

Ayrıca girişim esnasında vücudumdan tanı ve tedavi amacı ile çıkarılacak olan doku ve organların tıp biliminin gelişimi için yapılacak çalışmalarda kullanılması amacıyla gerekli yetki ve izni veriyorum. Tıbbi ya da cerrahi müdahale sırasında tedaviyi uygulayacak olan ekip tarafından çekilen fotoğraflar ve video kayıtlarının ve



## ŞALAZYON AMELİYATI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.168
Yayın Tarihi	22.07.2013
Rev.No	01
Rev.Tarihi	27.10.2016
Sayfa no	2/2

gerekli dökümanların kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydı ile .....kliniğinde saklanmasına ve gerektiğinde tıp eğitimine hizmet amacıyla kullanılmasına izin veriyorum.

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan tıbbi ya da cerrahi müdahalelerin amacı, riskleri ve komplikasyonları açısından bilgi sahibi oldum. Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi:** 15 - 30 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 İŞE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İŞE;
<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: