

Dokuman No	YÖN.RB.201
Yayın Tarihi	08.03.2017
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa no	2/1

**Sayın Hasta, Veli / Vasi**

**Tanı Hakkında Bilgi:**

..... göz kapağınızdaki 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.

Kapak cerrahisi; kapak şekil bozuklukları (kapak düşüklüğü, kapağın içe veya dışa doğru dönmesi, kirpik dönmesi, kapakların yetersiz kapanması) kapak tümörleri ve kozmetik nedenlerle uygulanmaktadır. Bu cerrahiler cilt yolu veya konjonktiva yolu ile uygulanabilmektedir. Bazı olgularda daha iyi sonuç alınabilmesi için kişinin kendisinden alınan greftler veya hazır implantlar kullanılabilir.

**Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:**

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

- Göz kapağı ve çevresine anestezi amacıyla yapılan ciltaltı enjeksiyona bağlı morarma ve şişlik,
- Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon,
- Göz arkasında kanama,

**Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:**

- İğne anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında az da olsa ağrı hissedilmesi olasıdır.
- Ameliyat sırasında nadiren gözün açık kalmasına bağlı olarak kornea tabakasında epitel defekti oluşabilmektedir.

**Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:**

- Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma.
- Kesi yerinde enfeksiyon gelişebilir.
- Kullanılan dikiş materyaline, greft ve implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir.
- Fonksiyonel ve anatomik başarının tam sağlanamaması.
- Kapak asimetrisi
- Tedaviye rağmen hastalığın nüks etmesi.
- Kapak tümörü ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi.

**Hasta, veli veya vasinin onam açıklaması:**

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılacağı açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

**İşlemin Tahmini Süresi** : 20 – 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.



## GÖZ KAPAK AMELİYATLARI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.201
Yayın Tarihi	08.03.2017
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa no	2/2

**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;
<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: