

Size uygulanacak tıbbi müdahaleyi ve yaşanması muhtemel riskleri (zararlı durumları) açıklayan bu form, okumanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız, hekiminizle yapacağınız aydınlatma görüşmesinde bilgilendirilmiş olmanız amacı ile size verilmektedir.

Size uygulanacak tıbbi müdahaleler şikayetlerinizi azaltabileceği veya yok edebileceği gibi tıp biliminin riskli yapısı nedeni ile, gereken tüm önlemler alınmasına rağmen, oluşması engellenemeyebilen bazı zararlı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Oluşma ihtimali bulunan bu zararlı sonuçları göze alarak önerilen tıbbi müdahaleyi kabul etmeniz (formu imzalayarak onay vermeniz/ rıza göstermeniz) halinde size, tıbbi uygulama (**KORNEAL/KORNEOSKLERAL SÜTÜR ALINMASI** ameliyatı) yapılacaktır.

Şimdi lütfen aşağıda yazılanları okuyun, değerlendirmelerinizi yapın ve anlayamadığınız yerlerle ilgili sorularınızı not alarak hekiminizle olan aydınlatma / bilgilendirme görüşmenizde hekiminizle paylaşın.

Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız, hazırlanan bu form sizin bildiğiniz bir dilde değilse ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.

Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

Aydınlatma /bilgilendirme görüşmesinden sonra uygulamanın gerçekleştirilmesini istiyorsanız; formdaki boşlukları doldurun, yazılanları okuyup anladığınızı ve kabul ederek onayladığınızı belirten şekilde formun her sayfasını imzalayın.

### **1. Tanı Hakkında Bilgi:**

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **KORNEAL/KORNEOSKLERAL SÜTÜR** tanısı konulmuştur.

### **2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:**

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **KORNEAL(...)/ KORNEOSKLERAL (...)** SÜTÜR ALINMASI işlemi önerilmektedir.

Bu girişim steril bir penset yardımıyla muayene odasında ya da ameliyathanede yapılabilir. Açılan ve iritasyon yaratan, gevşeyen ya da çok gergin korneal dikişler alınmaktadır. Anestetik damlayı takiben işlem gerçekleştirilmektedir. Takiben kısa bir süre antibiyotikli damla ve pomad kullanımı önerilmektedir.

### **3. İşlemden beklenen faydalar**

Sütür gevşekliğine bağlı gözde oluşan batmayı, enfeksiyon riskini ortadan kaldırır, astigmatizmanın düzenlenmesini sağlar.

### **4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar**

1. Yoğun ağrı, iritasyon ve sulanma
2. Korneal apse
3. Sütür reaksiyonu
4. Ön kamerada inflamatuvar reaksiyon

### **5. Varsa işlemin alternatifleri**

İşlemin alternatifi yoktur.

### **6. İşlemin riskleri-komplikasyonları**

İşlem sırasında ya da sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

1. Korneal apse
2. Yara yeri açılması
3. Endoftalmi

### **İşlemin tahmini süresi**

Sütür alınması ile hasta ağrı ve batma hissinden kurtulur. İşlem süresi ortalama 15 dkdir.

### **7. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar**

Ameliyat sırasında kullanılacak ilaçlar ya da damlalar genellikle yan etkileri çok düşük ilaçlardır, kullanılacak olan antibiyotikli damlalara bölgesel allerji gelişmesi, kortizonlu damlalara karşı da göz tansiyonu yükselmesi gibi yan etkiler görülebilir. Ancak bunlar doktor kontrolü altında önemli bir sorun oluşturmadan giderilebilecek yan etkilerdir.

### **8. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar**

Ameliyattan sonra bir süre damla kullanmanız gerekebilir, bu süre içinde önerilen zamanlarda kontrole gelmeniz, ilk gün gözünüze su değdirmemeniz gerekecektir. Ameliyatlı gözde yeni başlayan ya da giderek artan ağrı (ağrı kesiciye cevap vermeyen), giderek artan kızarıklık, görme düzeyinde ani yada giderek kötüleşme şikayetleriniz olursa en kısa sürede ameliyatı yapan hekiminiz, ulaşamadığınız takdirde ise yakınınızdaki bir göz hekimi tarafından değerlendirilmeniz gerekir.

### **9. Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:**

Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90236 2360330) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya nöbetçi doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

## 10. Hasta Onamı:

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

Sağ (...) Sol (...) gözüme uygulanması planlanan **KORNEAL(...)** / **KORNEOSKLERAL (...)** **SÜTÜR ALINMASI** ameliyatının Dr. .... ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

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

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

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabilmesi bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

### Hastanın veya Yakınının

Adı- Soyadı : \_\_\_\_\_  
Tarih-Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
İmza : \_\_\_\_\_  
Yakınlık Derecesi: \_\_\_\_\_

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

### İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı : \_\_\_\_\_  
Kaşe / İmza : \_\_\_\_\_  
Tarih / Saat : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_