

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafs Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze tanısı konulmuştur. DEV HÜCRELİ ARTERİT (TEMPORAL ARTERİT) hastalığında vücudun bağışıklık sistemi kendi damar duvarlarına zarar verir ve damar tıkanıklıklarına yol açar.

Görme sinirini besleyen damarlarda bu nedenle tıkanıklıklar olursa görme kaybı gelişebilir. Hastalığın tedavisi aylar ve hatta yıllar sürecektir bir ilaç tedavisi olduğu için kesin tanı konulması gerekir. Belli belirti ve bulgulara sahip olan hastalarda kan tetkik sonuçları bu hastalığı düşündürüyorsa, kesin tanı koymak için bir atardamar (arter) biyopsisi alınması gerekir. Atardamar duvarındaki hücreler mikroskop altında incelenerek tanı konur.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

İşlem göz doktoru tarafından yapılacaktır. Bu işlemin en kolay yapılabileceği arter şakakta hemen deri altında yer alan Temporal Arter'dir. Şakak bölgesi lokal anestezi ile uyuşturulur. Genel anestezi ile de yapılabilir. Temporal Arter parçası cerrahi olarak alınarak laboratuvara gönderilir ve mikroskopta damar duvarının içinde hasar varsa görülmesi amaçlanır. Şakakta açılan birkaç santimlik bir kesi ile cilt altında damara ulaşılır, biyopsi alınır ve cilt dikişlerle kapatılır.

3. İşlemden beklenen faydalar

DEV HÜCRELİ ARTERİT (TEMPORAL ARTERİT) tanısının konulması ve gerekli tedavinin başlanata hastalığın zararlarının engellenmesi.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Biyopsi alınmadan tedaviye başlamak, tedavi uzun süreceği için riskli olabilir.

5. Varsa işlemin alternatifleri

Bu arterden alınacak parçanın gözü olumlu veya olumsuz etkilemesi beklenmez. İşlem SADECE TANI Amaçlıdır. Kesin tanı konulması sadece biyopsi ile olur. Manyetik rezonans ve doppler ultrasonografi diğer tanı yöntemleridir, fakat yüzde yüz tanı koydurucu değildirler. Belirti ve bulguları ile hastalığın Temporal Arterit olduğu kuvvetle düşünülüyorsa kesin tanı konmadan tedaviye başlamak da bir alternatiftir. Ancak, kullanılacak ilaç uzun süreli ve yan etkisi fazla olan yüksek dozda steroid (kortizon) ilacı olacağı için biyopsi kanıtı kesin tanı koymak her zaman tercih edilir.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Kanama, yara yerinde enfeksiyon, yara yerinde çizgisel bir iz kalması gibi nadir riskleri vardır. Ayrıca, alınan parça damar duvarının sağlam olduğu bir bölgeye rastlayabilir ve diğer taraftaki temporal arterden de biyopsi alınması gerekebilir.

7. İşlemin tahmini süresi: 30- 60 dk

8. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Her ilaç kullanımında genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir ve ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir. Kullanılan ilaçlarda görülecek yan etkiler ilaç kullanma prospektüslerinde belirtilmiştir

9. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

Cerrahi sonrası işlem yapılan alanda şişlik morarma kanama izlenebilir. Bu süreçte doktorunuzun önerileri doğrultusunda soğuk uygulama, ödem ve ağrıya yönelik tedaviler gerekebilir. Doktorunuzun önerileri doğrultusunda su ile teması bir süre kısıtlamak gerekebilir.

10. Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:

Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 236 236 03 30) 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.

11. 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 (...) gözümü uygulanması planlanan **TEMPORAL ARTER BİYOPSİSİ** 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 : ___/___/_____/___