

1. İşlem adı

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Gözünüzdeki hastalığı teşhis ve tedavi etmek için **FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ / İNDOSYANİN YEŞİLİ ANJİOGRAFİSİ** tetkikine gereksinim duyulmuştur.

2. Yöntem Hakkında Bilgi:

Anjiografi, anjiografi teknisyeni veya ilgili doktor tarafından, anjio odasında çekilir. Hasta fundus kamera aletinin önüne oturtulur. Genellikle ön koldan yüzeysel bir toplar damardan daha önce size reçete edilmiş olan flöresein veya indosyanin yeşili boyası içeren ilaç enjekte edilir. Bundan sonra hastanın gözünü söylenen pozisyonlarda tutması önemlidir. Bu sırada hastanın her iki gözünden çok sayıda fotoğraflar çekilir. Film çekilirken özellikle erken dönemde hastanın uyumlu olmaması ve istendiği şekilde durmaması tetkikin değerlendirilmesini zorlaştırabilir.

3. İşlemden beklenen faydalar

Fundus anjiografisi bir yardımcı tanı yöntemidir. Bu inceleme sırasında hastalığınızın özelliklerine göre bir veya iki farklı boya (kontrast madde) kullanılabilir. Bunlar flöresein boyası ve/veya indosyanin yeşili boyaıdır.

Boya koldaki yüzeysel toplar damarlardan verildikten sonra göz damarlarına geçer. Bundan sonra gözün retina ve koroid adı verilen tabakalarındaki damarların akım özellikleri, bütünlükleri, bu tabakaların ince detayları görülür. Böylece tanı konabilir ve uygun tedaviler planlanabilir

Fundus anjiografisinin uygulama alanları:

Şeker hastalığına bağlı retinopatiler, Retina damar tıkanıklıkları, Yaşa bağlı maküla bozuklukları, Retina ve koroidin damar hastalıkları, Retina ve koroidin iltihabi hastalıkları, Retina ve koroidi tutan tümörler, Ailesel ve edinsel makula hastalıkları.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Fundus flöresein ve indosyanin yeşili angiografisi, hastalığınızın tanı ve tedavisinde yol gösterici bir tetkiktir. Uygulanmasını kabul etmediğiniz takdirde hastalığınızın tanı ve tedavisinde zorluklar yaşanabilir.

5. Varsa işlemin alternatifleri

Fundus flöresein ve indosyanin yeşili angiografi işleminin birebir alternatifi yoktur.

6. İşlemin tahmini süresi

İşlem yaklaşık 10-30 dakika sürmektedir.

7. Kullanılacak ilaçların ve işlemin muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

İşlem sırasında gözü genişletmek için kullanılan damlalar bir süre bulanık görmeye neden olur. Bu yüzden hastalar bu sürede taşıt kullanmamalı mümkünse yalnız yolculuk yapmamalıdır.

Flöresein ciltte ve idrarda boyanmaya bağlı sarımsı renk değişikliği görülür. Anjiografiden sonra bir süre yapılacak olan bazı kan testlerinde karışıklık söz konusu olabilir.

Boya enjeksiyonundan 30 – 60 saniye kadar sonra hastaların % 2 – 4' ünde geçici bulantı ve kusma olabilir. Bu sırada film çekildiği için hastanın derin nefes alarak kendini tutabiliyorsa bunu engellemesi film açısından önemlidir. Bulantı hissi geçicidir.

Çok nadiren bazı alerjik reaksiyonlar olabilir. Daha önceden benzer ilaç allerjiniz yada çok alerjik bünyeniz varsa bunu bildirirseniz uygun ön tedaviler verilebilir. Bununla birlikte beklenmeyen bir durumda da gerekli acil ilaç ve tedaviler uygulanır. Meme kanseri için mastektomi ve lenf nodu eksizyonu geçirdiyseniz diğer kolunuzu ilaç verilmesi için öneriniz.

Flöreseinin plesentaya geçtiği gösterilmemiştir, ancak özellikle gebeliğin ilk üç ayında kullanılmaması uygundur.

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

İşlem sonrası bol miktarda su içilmesi gereklidir.

Anjiografi için hastanın bazı dahili problemlerinin çözülmesi gerekmektedir. Öncelikle böbreklerinin ilaç süzme görevinde sorun olmaması, kan basıncının ve kan şekerinin kontrol altında olması uygundur. Bu yüzden hastalarımızın tetkik öncesi dahiliye muayenesini tamamlamış ve dahiliye doktorlarının iznini almış olması beklenir.

İndosyanin yeşili boyası da nadiren alerjik reaksiyonlara yol açabilir. Bilinen iyod allerjisiniz varsa kullanılmamalıdır. Ciddi karaciğer problemi olanlarda ve hamilelerde de uygulanmamalıdır. Yukarıda belirtilen sorunlarınız varsa mutlaka doktorunuza önceden belirtiniz.

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 (...) gözümeye uygulanması planlanan **FUNDUS FLORESEİN ANJİOGRAFİ / İNDOSYANİN YEŞİLİ ANJİOGRAFİSİ** işleminin 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 : ___/___/_____/___/___