

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüzetanısı konulmuştur.

Doktorunuza göz kapağı cerrahisi için başvurmuş durumdasınız. Kapak cerrahisi doğumsal veya kazanılmış kapak şekil bozuklukları (blefaropitozis-kapak seviyesinin düşüklüğü, entropion-kapak kenarının ve kirpiklerin göz içine doğru dönmesi, ektropion-kapak kenarı ve kirpiklerin gözden uzaklaşacak şekilde dışarı doğru dönmesi, kapak kolobomu-göz kapaklarının yokluğu, trikiyazis-kirpiklerin göze batması, distikiyazis-kapak kenarında bir sıradan fazla kirpik sırası olması, lagoftalmus-göz kapağının göz yüzeyini örtememesi ve gözün açıkta kalması vb), kapak tümörleri travmaları, enfeksiyonları ve kozmetik nedenler ile yapılmaktadır.

2. 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.

3. İşlemden beklenen faydalar

Kozmetik cerrahi dışında fonksiyonel nedenler ile doğumsal veya kazanılmış kapak şekil bozuklukları (blefaropitozis-kapak seviyesinin düşüklüğü, entropion-kapak kenarının ve kirpiklerin göz içine doğru dönmesi, ektropion-kapak kenarı ve kirpiklerin gözden uzaklaşacak şekilde dışarı doğru dönmesi, kapak kolobomu-göz kapaklarının yokluğu, trikiyazis-kirpiklerin göze batması, distikiyazis-kapak kenarında bir sıradan fazla kirpik sırası olması, lagoftalmus-göz kapağının göz yüzeyini örtememesi ve gözün açıkta kalması vb) , kapak tümörleri travmaları, enfeksiyonları) başvuran hastalarda hastalığın şiddeti ve göz ile olan etkileşimi sürecinde seyir kişiye göre değişiklik gösterebilir. Bu süreçte kapak fonksiyon bozuklukları, doku kaybı, göz rahatsızlığının tabloya eklenmesi ve buna bağlı göz kaybı, tümöral sürecin ilerlemesi çevre dokulara ve kan elemanları ile yayılım, hayati risk ve ölüm gerçekleşebilir. Cerrahi, kozmetik nedenlerin yanında, kapak hastalığının tipine göre oluşabilecek zararın engellenmesi amacı ile yapılmaktadır.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Pitozis olgularında göz tembelliği (ambliyopi) gelişebilir. Kapak şekil bozuklukları göz yüzeyi ve kornea hasarına yol açabilir. Kapak tümörleri çevre ve uzak dokulara yayılarak gözü ve hayatı tehdit edebilir.

4. Varsa işlemin alternatifleri

Kozmetik cerrahinin alternatifi olarak dolgu, Botox uygulamaları, lazer cilt uygulamaları mevcut olup avantajı medikal anlamda kozmetik rehabilitasyonu sağlamalarıdır. Ancak her hastaya uygulama şekli ve endikasyonu farklılık gösterir. Fonksiyonel kapak hastalıklarında çoğu zaman cerrahi olarak düzeltilir. Bu olgularda göz yüzeyinin sağlığının bozulduğu olgularda suni gözyaşı, antibiyotikli damla ve merhemler ile kısmi düzelleme sağlanabilir. Tümör olgularında radyoterapi, kemoterapi gibi alternatifler mevcut olup genellikle cerrahi tedavinin yetersiz veya uygulanamayacak olgularda tercih edilir. Bu tedavi yöntemlerinin göz ve sistemik vücut sağlığına yan etkileri vardır, körlük, hayati risk ve ölüm getirebilir.

5. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz kapağı ve çevresine anestezi amacıyla yapılan ciltaltı enjeksiyona bağlı morarma ve şişlik, 2. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 3. Göz arkasında kanama, 5. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar.

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. İğne anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında az da olsa ağrı hissedilmesi olasıdır. 2. Ameliyat sırasında nadiren gözün açık kalmasına bağlı olarak kornea tabakasında epitel defekti oluşabilmektedir.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1.Erken dönemde göz çevresinde şişlik ve morarma. 2. Kesi yerinde enfeksiyon gelişebilir. 3. Kullanılan dikiş materyaline, greft ve implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir. 4. Fonksiyonel ve anatomik başarının tam sağlanamaması. 5. Kapak asimetrisi 6. Tedaviye rağmen hastalığın nüks etmesi. 7. Kapak tümörü ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi.

6. İşlemin tahmini süresi

Tıbbi müdahalenin tahmini süresi dk/saat dir.

7. 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

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

Kapak cerrahileri sonrası kapakda şişlik morarma kanama izlenebilir. Bu süreçte doktorunuzun önerileri doğrultusunda soğuk uygulama, ödem ve ağrı yönelik tedaviler gerekebilir. Yapılan işlemin ciddiyetine göre iş gücü kaybı olabilir. Doktorunuzun önerileri doğrultusunda su ile teması bir süre kısıtlamak gerekebilir.

9. Gerekliğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:

Gerekliğinde 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.

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 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 : ___/___/_____/___