

**1. Tanı Hakkında Bilgi:**

Manisa Celal Bayar Ün v Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **GLOKOM (GÖZ TANSİYONU)** tanısı konulmuştur.

**2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:** Lazer iridotomi göze damla damlatılarak uyuşturulması ile muayenede de kullanılan biyomikroskop muayene aletine monte edilmiş lazer cihazında, poliklinik benzeri ortamlarda yapılır. Hasta topikal anesteziyi takiben lazer cihazı önüne oturtulur. İşlemin rahat yapılması için, içine kaygan ilaç konan bir mercek göze yerleştirilir. Işık işlemin yapılacağı yere odaklanır ve yaklaşık 0,5 mm çapındaki doku lazer ışınları ile ortadan kaldırılır. İşlem çok kısa sürer ve ağrısızdır. Böylece açılan delikten sıvı arka odacıktan ön odacığı rahatlıkla geçer, ve trabeküler ağın da önü açıldığından, göz dışına sıvı akımı sağlanır

**3. İşlemden beklenen faydalar**

Göz içi basıncının düşürülmesi ile göz sinirindeki hasarın önlenmesi amaçlanır.

**4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar**

Glokoma bağlı sinir hasarı ilerleyebilir, gözde şiddetli ağrı meydana gelebilir.

**5. Varsa işlemin alternatifleri**

Dar açılı glaukom olgularında akut glaukom krizinden korunmak için profilaktik olarak, akut glaukom krizi gelişen olgularda tedavi etmek amacıyla lazer iridotomi yapılır. Lazer iridotominin alternatifi cerrahi iridektomidir. Cerrahi iridektomi, cerrahi işlem olması, enfeksiyon, katarakt gelişimi, yara yeri iyileşme problemlerine neden olabilir ve daha pahalıdır. Ayrıca işlemin iyileşme süreci vardır. Ancak üveitik glaukom hastalarında açık kalma oranı daha yüksektir.

**6. İşlemin riskleri-komplikasyonları**

İşlem sırasında ya da sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

- Göz içine kanama
- Kornea endotel hasarı
- Lens hasarına bağlı katarakt gelişimi
- Kısa süreli basınç yükselmesi
- Daha öne geçirilmiş üveitin aktivasyonu
- Ön odacıkça fibrin reaksiyonu
- İşlem sırasında lens takarken topikal anesteziye rağmen kısmen ağrı duyulması
- Lens takarken kornea epitelyum hasarı ve işlemden sonra buna bağlı batma
- Konjonktiva altına kanama
- Malign glaukom

çok sık görülmemekle birlikte her hastada gelişme riski vardır.

**7. İşlemin tahmini süresi**

İşlem yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

**8. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar**

Yapılan işlem sırasında kullanılan ilaçların genellikle ciddi bir yan etkisi yoktur. Rutinde kullanılan steroid, anti glaukomatöz ilaçlar, pupillayı daraltıcı ilaçların allerjik reaksiyonlar hariç genellikle hayati tehlike oluşturan yan etkileri yoktur. Göz tansiyonu ilaçlarının nadir görülen kalp- akciğer sorunları, kol tansiyonu değişiklikleri gibi yan etkileri görülebilir.

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

İşlemden 60 dakika sonra göz içi basıncı ölçülür, yüksekse ilave glaukom ilacı uygulanır, normale hastaya steroidli damlalar verilir. Akut glaukom krizi gibi bir durum yoksa hastanın yatırılmasına gerek yoktur. İşlem ayaktan yapılır. İlaçlarını doktorunuzun söylediği şekilde düzenli kullanıp, istenen zamanda kontrole gelir.

**10. Gerekliğinde 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.

#### 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 (...) gözüme uygulanması planlanan **lazer iridotomi 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 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_