

**1. Tanı Hakkında Bilgi:**

Manisa Celal Bayar Üniv Hafs Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze; retinal iskemi (...) / retinal neovaskülarizasyon (...) / retinal ödem (...) / retinal yırtık (...) / diğer (.....) tanısı konulmuştur.

**2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:**

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ.... Sol.... Gözünüze **LAZER FOTOKOAGÜLASYON** işlemi önerilmektedir. Lazer fotokoagülasyon işleminin amacı daha önceden belirlenmiş bir retina bölgesinde çevre dokularda minimal hasar oluşturarak bir terapötik yanık meydana gelmektedir. Lazer fotokoagülasyon, retinanın vasküler hastalıkları, maküler koroidal neovasküler membranlar, retinal yırtıklar ve retinada yırtığa sebep olabilecek periferik dejenerasyonlar ile bazı intraoküler tümörlerin tedavisinde kullanılmaktadır. İşlem öncesinde gözbebeğinizi genişletici damlalar gözünüze damlatılacaktır. Topikal anestezi madde uygulamasını ve göz yüzeyine mercek konulmasını takiben lazer uygulaması uygun kadranlara yapılacaktır. Sadece lokal bir hasar veya ödem varsa, yalnız o bölgeye lazer uygulaması yapılır. Hasar sadece bir sahaya sınırlı değilse, maküla (kesin görme noktası) bölgesi hariç tüm retinaya birkaç seans boyunca lazer uygulanabilmektedir. Gerekli olduğu takdirde ek bir seansta tekrar lazer uygulamasına gerek duyulabilmektedir. İşlem sonrasında inflamasyonun engellenmesi için 3-4 gün süre ile damla tedavisi önerilmektedir.

**3. İşlemden beklenen faydalar**

Lazer fotokoagülasyon işleminin başarı şansı yüksektir, genellikle altta yatan hastalıkla ilişkilidir. Yırtıkların ilerlemesini durdurmak, retinal neovaskülarizasyonları geriletme, retinal ödemi giderme gibi faydalar beklenir.

**4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar**

Tanınıza göre altta yatan hastalığın ilerlemesi görmenizden azalmaya, gözünüzde ağrıya, göz içi kanamalara neden olabilir. Görmenizi tamamen yitirebilirsiniz.

**5. Varsa işlemin alternatifleri**

Retinanın vasküler hastalıklarına bağlı makula ödemi, retinal nonperfüzyon veya yaşa bağlı makula dejenerasyonu için yapılıyorsa, yerine göziçi ilaç (steroid, ant-VEGF gibi) enjeksiyonları yapılabilir. Bazen birlikte uygulamalar gerekebilir. Göziçi ilaç uygulamalarında enjeksiyona veya ilaca bağlı komplikasyonlar gelişebilir.

Retinada yırtık veya dejenerasyonlara yapılıyorsa, lezyonlar uygun lokalizasyonda ise yerine krioterapi yapılabilir. Krioterapi lazer uygulamalarına göre daha ağrılı bir işlemdir ve daha fazla inflamasyona neden olabilir.

**6. İşlemin riskleri-komplikasyonları**

1. İnflamasyon 2. Göz içi kanama 3. Göz içi basıncında geçici veya kalıcı yükselme 4. Ağrı 5. Göz içi ve dışı enfeksiyon. Bu komplikasyonların bazılarının tedavisi mümkündür. Komplikasyonlara bağlı olarak çok nadiren kalıcı görme hasarı gelişebilir.

**7. İşlemin tahmini süresi**

Lazer fotokoagülasyon poliklinik veya ameliyathane şartlarında hekiminiz tarafından topikal veya lokal anestezi altında lüzum halinde genel anestezi altında yapılacaktır. İşlem süresi hastalığınızın durumuna bağlı olarak 10 dk ile 45 dk arası sürebilir.

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

Göz bebeklerini genişletmek için kullanılan damlalar allerji, yanma, batma, nadiren konvülsüyona neden olabilir.

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

Lazer fotokoagülasyon sonrası gözde tedavi amaçlı uygulandığı hastalık grubuna göre hekiminizin önerilerine uyunuz. Travmadan korununuz. Gözünüzde oluşabilecek ağrı, sinek uçuşması batma kızarıklık durumunda hekiminize tedavi şeması hakkında danışınız.

**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 **RETİNA LAZER FOTOKOAGULASYON** 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 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_