

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine rahatsızlığınızın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze /yüzünüzde.....tanısı konulmuştur.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için göz çevresi kaslarına BOTOX UYGULAMASI önerilmektedir. Botox (pürifiye botulinum toksin A) Clostridium botulinum adlı bakteri tarafından üretilen protein yapılı bir maddedir. Botulinum toksininin göz adalelerine enjekte edilmesiyle, enjeksiyon yapılan kasta geçici bir felç, karşı yönde etki gösteren kasta (antagonist) ise aşırı kasılma elde edilmesi ve bu sayede gözün kaz ayaklarının, kırışıklıkların, kaş düşmelerinin önlenmesi sağlanmaktadır. Esansiyel yada hemifasyal spazmı olan hastalarda ise Botox uygulaması aşırı kasılan kasları inhibe ederek geçici süre kasılmayı engeller ve hasta rahatlar. Enjeksiyonun tekrarı gerekebilmektedir.

3. İşlemden beklenen faydalar

Kozmetik nedenli botox uygulamaları yüksek başarı şansına sahiptir, Etkinliği 4-5 ay devam eder. Esansiyel blefarospazmda 3 ay, hemifasyal spazmda 3-6 ay süreyle kasılmaları engellemektedir.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Estetik bozukluk devam eder. Blefarospazmda ise hasta kapaklarını açamadığından görme bozulur, entropiyon gelişebilir ,depresyona neden olabilir.

5. Varsa işlemin alternatifleri

Estetik bozuklukların cerrahi olarak düzeltilmesi botoks uygulamasına alternatif oluşturmaktadır.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları

İşlem sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Hemoraji, İğnenin göz içine girmesi, Pupil dilatasyonu, Alerjik reaksiyonlar

İşlem sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar:

Kaymanın devam etmesi, Farklı tipte kayma ortaya çıkması, Ağız kenarında geçici yamulma ,Üst kapakta geçici düşme ,Çift görme

7. İşlemin tahmini süresi

İşlem yaklaşık 5-15 dakika sürer.

8. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Rutin uygulama sonrası ek bir ilaç kullanımı önerilmemektedir. Doktorunuzun ek ilaç önerisi olması halinde 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

Gebelik ve emzirme dönemlerinde botoks yapılmamaktadır; böyle bir durum varsa mutlaka doktorunuza bilgi vermelisiniz. Kas hastalığı, kas-sinir bileşkesi hastalığı durumlarında botoks uygulanmaz; bu tip bir rahatsızlığınız varsa mutlaka doktorunuza bilgi vermelisiniz. Aminoglikozid grubu ilaç grupları botoks ile etkileşebilir ve etkinliğini artırabilir. Bu grup ilaç kullanımınız varsa doz ayarlaması açısından mutlaka doktorunuza bilgi vermelisiniz.

Belirli bir ilaca veya gıdaya alerjiniz varsa bunu mutlaka tedavi öncesi doktorunuza bildiriniz. Tedaviniz öncesi veya sonrası başka bir nedenle ilaç veya bitkisel ürün kullanıyorsanız veya yeni kullanmaya başlayacaksanız bunları hekiminize mutlaka bildiriniz. Aspirin veya kan sulandırıcı ilaçlar alıyorsanız cerrahiye yapacak hekime bildirim yapınız. Mevcut ilaçlarınızı kullanırken size belirtilmeyen bir durumla karşılaşırsanız bunu yine hekiminize bildiriniz. El hijyenine azami özen gösteriniz. Kontrollerinizi ve pansumanlarınızı aksatmayınız. Enjeksiyon öncesi ve sonrası üşütmemeye nezle grip olmamaya özen gösteriniz.

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 (...) gözüme uygulanması planlanan botoks uygulamasının 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 : ___/___/_____/_____/_____/_____