

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze AFAKİ (..) / İOL DİSLOKASYONU (...) tanısı konulmuştur. Afaki gözde mercek olmaması demektir. İntraoküler lens dislokasyonu ise göze daha önce takılan yapay merceğin kayması demektir.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **SKLERAL FİKSASYON** ameliyatı önerilmektedir. Bu ameliyatın amacı, kapsül desteği olamayan gözlerde, yapay göz merceğinin sklera dokusuna fikse edilerek veya özel kapsül germe halkaları takılarak görme artışının sağlanmasıdır.

Ameliyat öncesinde, göz bebeğinin büyütülmesi için damlalar damlatılacaktır. Ameliyat eğer damla anestezisi ile yapılabiliyorsa öncelikle bu yol ile yapılacaktır. Fakat bazı hastalarda göz arkası ve çevresine iğne yapılması gerekebilmektedir. Nadiren, iğne yapılmasının sakıncalı olduğu durumlarda genel anestezi gerekebilmektedir. Anestezinin sağlanmasını takiben, uygun olan kadrardan özel bıçaklar ile ön kamaraya girilerek, dikişli veya dikişsiz farklı yöntemlerle yapay mercek skleraya tutturulur. Göze giriş yerleri kullanılan mercek çeşidine göre bir miktar daha genişletilebilir. Bu durumda giriş yerlerine dikiş konulmaktadır. Dikişler 1-3 ay içerisinde alınmaktadır.

3. İşlemden beklenen faydalar:

Işığın makulaya odaklanması ve görme keskinliğinin artması sağlanır.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Görme düzeyiniz günlük işlerinizi tek başınıza yürütemeyecek düzeyde kalır. Yapay mercek kayması meydana geldi ise gözlerde kamaşma, retina yırtığı, göz tansiyonu riski oluşur.

5. Varsa işlemin alternatifleri:

Afaki ve yapay mercek kaymalarında tek tedavi yöntemi cerrahidir.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları:

İhtimal düşük olsa da cerrahinin bir sonucu olarak görmenin daha kötü hale gelmesi mümkündür. Bazı durumlarda komplikasyonlar haftalar, aylar hatta yıllar içinde gelişebilir

Bunlar; kanama, gözün delinmesi (perforasyon), kornea tabakasının şeffaflığını yitirmesi, enfeksiyon, retina ayrılması (dekolman), sarı noktada ödem, varsa hastanın sarı nokta hastalığında ilerleme, rahatsız ve ağrılı göz, düşük göz kapağı, göz tansiyon hastalığı (glokom) ve /veya çift görme olabilir. Kötü görme ya da tümünden görme kaybı ile hatta gözün tamamıyla kaybı ile sonuçlanabilir.

Göz içi Lensine (Merçeğine) dair komplikasyonlar; Bunlar; artmış gece görme problemleri, kamaşma, ışıklar etrafında halka ya da hare görme, çift ve hayal imajlar görme olabilir. Bazen lens göz içinde yer değiştirebilir. Hatta ameliyat sırasında ya da sonrasında göz içine düşebilir, bulanıklaşabilir. Bazen yeterli görmeyi tekrar sağlayabilmek için ameliyat sonrası dönemde, doktor ilave düzeltici gözlük önerebilir, göz içi lensinin tekrar ikinci bir ameliyatla düzeltilmesi, değiştirilmesi ya da tümünden çıkarılması, vitrektomi cerrahisi ya da düzeltici kornea lazer uygulaması çözüm için gerekebilir.

7. İşlemin tahmini süresi:

Ameliyat göz doktoru tarafından, ameliyathanede, ameliyat mikroskopu yardımıyla steril şartlar altında yapılır. Ameliyat süresi tercih edilen yöntem göre 30 dakika ile 90 dakika arasında değişebilir. Ameliyatta karşılaşılabilecek çeşitli sorunlar ameliyatın süresini daha da arttırabilirler.

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

Ameliyat sonrası kullanılacak ilaçlar ya da damlalar genellikle yan etkileri çok düşük ilaçlardır, kullanılacak olan antibiyotikli damlalara bölgesel allerji gelişmesi, kortizonlu damlalara karşı da göz tansiyonu yükselmesi gibi yan etkiler görülebilir. Ancak bunlar doktor kontrolü altında önemli bir sorun oluşturmadan giderilebilecek yan etkilerdir.

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

Ameliyattan sonra yaklaşık 1 ay süre ile damla kullanmanız, bu süre içinde önerilen zamanlarda kontrole gelmeniz, bir hafta süre ile gözünüze su değdirmemeniz ve bir ay süre ile denize havuza girmemeniz gerekecektir. Zaman zaman kamaşma ve ışık uzaması problemleri görülebilmektedir. Bu durum çok büyük ihtimalle aylar içinde hafiflemekte ve kaybolmaktadır. Bu tür sorunların oluşması halinde özellikle gece devamlı araç kullanan meslek gruplarındaki hastaların daha fazla etkilenmeleri söz konusudur. Ameliyatlı gözde yeni başlayan ya da giderek artan ağrı (ağrı kesiciye cevap vermeyen), giderek artan kızarıklık, görme düzeyinde ani yada giderek kötüleşme şikayetleriniz olursa en kısa sürede ameliyatı yapan hekiminiz, ulaşamadığınız takdirde ise yakınınızdaki bir göz hekimi tarafından değerlendirilmeniz gerekir.

10. Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:

Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize baş vurabileceğiniz 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 SKLERAL FİKSASYON 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 : ___/___/_____/_____/_____/_____