

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze pterjium tanısı konulmuştur. Pterjiyum, halk arasında, gözün beyaz kısmından renkli kısma ilerleyen bir et parçası şeklinde ifade edilir. Göz bebeğinin üzerinde şeffaf saat camı şeklindeki kornea tabakasının üzerine gözün beyaz kısmının üzerini örten zar olan konjonktivadan gelen bir uzantıdır. Gözde kızarıklık, batma, sulanma ve ileri dönemde görme bozukluğuna sebep olur. Pterjiyumun tedavisi cerrahidir.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Pterjiyum dokusu kornea üzerinden kesilerek alınır, konjonktiva isimli zarın geri kalan kısmı dikişle kapatılır. Nüksünü yani tekrar oluşumunu engellemek için konjonktiva kendi altına kıvrılabilir, sklera denilen beyaz kısım açık bırakılabilir, konjonktivanın yönü değiştirebilir, konjonktivanın başka bir bölgesinden bir parça alınarak o bölgeye dikilebilir, çeşitli ilaçlar (antimetabolit) kullanılabilir, amnion zarı nakli yapılabilir.

3. İşlemden beklenen faydalar: Göz kızarıklığı, yanma ve batma hissinin azalmasını, astigmatizmayı düzelterek görme keskinliğinin artmasını sağlar.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Tedavi edilmediği takdirde pterjiyum dokusu ilerleyerek kornea tabakasını kaplayarak görmenin ileri derecede kaybına ve körlüğe yol açabilir. Bu durum kornea naklini gerektirebilir. Bu ileri evrede tedavi edildiğinde beyaz bir leke kalma olasılığı vardır.

5. Varsa işlemin alternatifleri:

Sklera denilen beyaz kısmın açıkta bırakıldığı teknik kısa sürer ancak tekrarlama riski yüksektir. Diğer teknikler daha uzun ve komplikedir ancak bunların tekrarlama riski azdır. İyileşme süresi tüm tekniklerde aynıdır.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları:

Ameliyatta veya sonrasında kullanılan ilaçlara karşı duyarlılık reaksiyonu, Kornea merkezini geçen pterjiyumlarda ameliyat sonrasında görme bulanıklığı devam edebilir, Pterjiyum ameliyat sonrasında tekrar oluşabilir, tekrar ameliyat gerekebilir, Görme kaybına yol açabilecek enfeksiyon gelişebilir, Yara yeri iyileşmesinde gecikme, mikroplu/ mikropsuz ülserasyon, skleromalasi (skleranın yani göz beyazının yara yerinin altındaki kısmının erimesi) piyojenik granülom (kanamalı,akıntılı kitle teşekkülü) oluşabilir. Bu nedenlerle gözün tekrar ameliyatı gerekebilir. Ameliyat sonrası gözlük veya kontakt lens takılması gerekebilir.

7. İşlemin tahmini süresi:

İşlem süresi 30-60 dakika arasında ameliyat tekniğine göre değişir.

8. 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.

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

Yara yeri üzerine yatmayınız, gözünüze bastırmayın ve kaşımayın, 1 hafta süresinde gözünüze su değdirmeyin, göz damlalarını uygularken kirpiklerinize değdirmeyin. Ameliyat sırasında kullanılan tekniğe bağlı olarak greft flep veya dikiş materyaline bağlı batma sulanma izlenebilir. Aşırı ağrı ve sulanma kızarma durumunda doktorunuz ile temasa geçin.

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 **pterjium** 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 : ___/___/_____/_____/___