

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze posterior kapsüler opasite tanısı konulmuştur.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Modern katarakt cerrahisinde göz içi lens implantını desteklemek için kataraktın arka zarı yerinde bırakılır.Yerinde bırakılan arka zar kesafetleşerek zamanla bulanıklaşıp görmede bozulmaya neden olur.Bazen hastalarda ışıkların çevresinde ışık saçılmaları olur.Zamanla bu şikayetler daha kötü hale gelebilir.Yağ Lazer Posterior Kapsülotomi bu şikayetlerin ortadan kaldırılması için uygulanan bir işlemdir.

3. İşlemden beklenen faydalar

Modern katarakt cerrahisinde göz içi lens implantını desteklemek için kataraktın arka zarı yerinde bırakılır.Yerinde bırakılan arka zar kesafetleşerek zamanla bulanıklaşıp görmede bozulmaya neden olur.Bazen hastalarda ışıkların çevresinde ışık saçılmaları olur.Zamanla bu şikayetler daha kötü hale gelebilir.Yağ Lazer Posterior Kapsülotomi bu şikayetlerin ortadan kaldırılması için uygulanan bir işlemdir. YAG lazer uygulamaları ameliyat ile yapılan tedaviyi daha kolay hale getirmiştir.Böylece diğer komplikasyonların da büyük kısmı elimine olmuştur.Hastanın fiziksel aktiviteleri kısıtlanmaz ve göz kapama gerekmez.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Hastalığa bağlı gelişen bulanıklaşma,hastada ışıkların etrafında ışık saçılmaları şikayetleri daha çok artarak görmede kaliteyi düşürür.

5. Varsa işlemin alternatifleri

Cerrahi kapsülotomi yapılabilir. Cerrahiye bağlı muhtemel komplikasyonlar enfeksiyon retinada ödem, retina dekolmanı ve bu nedenlerle görme kaybına sebep olabilmektedir. Anestezi enjeksiyonları gerekebilir lokal anesteziye bağlı kalp ve solunum problemleri, optik sinir hasarları, ve göz delinmesi görülebilir.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları

- Uygulanan maddelere bağlı alerjik reaksiyonlar görülebilir ve bu durum hayati tehlike oluşturabilir. Ancak gelişme ihtimali çok düşüktür.
- GİB yüksekliği
- Retina dekolmanı
- Kistoid maküla ödemi
- GİL hasarı
- GİL dislokasyonu
- Hemoraji
- Endoftalmi

7. İşlemin tahmini süresi

işlem 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 glokomatöz ilaçlar, pupillayı daraltıcı ilaçların alerjik 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

Göz içi basınç artışı olasılığına karşı dikkatli olunmalı, verilen damlalar kullanılmalı, hekimin söylediği takvime uygun bir şekilde kontrollere mutlaka gidilmelidir.

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 **YAĞ LAZER KAPSÜLOTOMİ** 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 : ___/___/_____/___/___