

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafs Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze katarakt ve göz içi silikon tanısı konulmuştur.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ..... Sol..... gözünüze **SİLİKON ALINMASI ± KATARAKT CERRAHİSİ** önerilmektedir.

Ameliyat lokal ya da genel anestezi altında yapılabilmektedir. Gözün en dış tabakası olan konjonktivanın açılmasını takiben, skleral giriş yerleri açılır. Eğer katarakt mevcut ise öncelikle katarakt cerrahisi fakoemülsifikasyon ile ya da geniş kesi ile uygulanır. Takiben duruma göre gözün arkasındaki silikon önceden oluşturulan korneal ya da skleral kesi yolu ile alınır. Eğer aynı seansta önceden belirtildiği şekilde katarakt cerrahisi uygulanmışsa, ameliyat sırasında ya da öncesinde muayene ile belirlenen göz arkasının durumuna ve beklenen görsel prognoza göre yapay göz içi merceği yerleştirilebilir. Görme artışı beklenmiyorsa yapay göz içi merceği yerleştirilmez ve ameliyata son verilir. Ancak silikon alınması sırasında ya da sonrasında retina tabakasının tekrar yerinden ayrılma riski vardır. Bu nedenle tekrar silikon verilmesi gerekli olabilir. Ayrıca özellikle şeker hastalarında ek olarak göz arkasına ilaç uygulaması gerekebilir. Ameliyat sonrası takipler sırasında ek lazer seansına ya da yeni bir ameliyata gerek duyulabilir.

3. İşlemden beklenen faydalar

Bu ameliyat ile, daha önce gözünüze verilmiş olan ve bir tampon madde olan silikonun geri alınması ve eğer mevcut ise beraberinde kataraktınızın temizlenmesi amaçlanmaktadır. Nüks retina dekolmanı riski dışında başarı şansı yüksektir.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşılabilecek riskler şunlardır: 1. Katarakt, 2. Glokom, 3. Korneanın bulanıklaşması, 4. Retina yüzeyinde ve altında anormal zarların gelişmesi, 5. Bu komplikasyonlara bağlı görmeye azalma, 6. Silikonda bozulmaya bağlı parçacıklara ayrılma ve buna bağlı bulanıklık, göz tansiyonu artışları ve özellikle sırtüstü pozisyonda artan görme kayıpları olabilir. Bu parçacıklar daha sonra silikon alınsa dahi tamamen temizlenmesi mümkün olmadığından sorun çıkarmaya devam edebilir.

5. Varsa işlemin alternatifleri

Silikon alımı için yukarıda anlatılan yöntemin halen başka bir alternatifi yoktur. Katarakt hastalığının tek tedavisi ameliyattır. Ameliyatın geciktirilmesi kataraktın sertleşmesine ve yapılacak ameliyatta komplikasyon risk ve oranlarının artmasına yol açacaktır.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda retrobulber iğne ile zedelenme, 2. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, 3. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 4. Göz arkasında kanama, 5. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz tabakalarında yırtık ve delinme 2. Göz içine veya göz dışına kanama 3. Dokularda delinme ya da zedelenme 4. Retina dekolmanı

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz içi ve dışı enfeksiyon 2. Retina yırtıkları 3. Retina dekolmanı 4. Enfeksiyon 5. Göz içi basıncının yükselmesi 6. Göz içi basıncının düşmesi 7. Damar tabakasının yerinden ayrılması 8. Görme noktasında sıvı toplanması 9. Görme noktasında anormal zar gelişimi 10. Çift görme 11. Şaşılık 12. Gözün kırma kusurunda değişiklikler 13. Silikon yağının komplikasyonlarına bağlı olarak gözünüzde kalıcı görme hasarı veya gözün kaybı gelişebilir. 14. Ameliyat sonrası gerek komplikasyonlar gerekse göz ameliyatına sebep olan hastalığınızın tekrarlaması, ikinci veya daha fazla sayıda cerrahi girişimi gerektirebilir.

7. İşlemin tahmini süresi

Ameliyat süresi ortalama 40-60 dk arasında değişebilmektedir.

8. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Ameliyat sonrası lokal antibiyotikli, steroidli ve enflamasyon önleyici damlalar ya da pomatlar kullanmanız gerekecektir. Bunlara ilaveten gerekirse oral ya da damar içi antibiyotik ve steroidli ilaçlar da tedavinize eklenebilir. Ameliyat sonrası verilen tedavilerde amaç, ameliyat sonrası gelişebilecek enfeksiyonları ve doku enflamasyonunu önlemektir. Her ilaç kullanımında genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir ve ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir.

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

Daha sağlıklı bir yaşam için, altta yatan hastalığınıza göre değişmekle birlikte tedavi için yapılan cerrahi girişim yanında sıra, sigara içmemeniz, varsa hipertansiyon, kalp problemleri veya şeker hastalığının tedavisi ve sağlıklı beslenmeniz de önem taşımaktadır. 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. Katarakt ameliyatları sonrası 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.

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

Gerekliğinde 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 **FAKÖMÜLSİFİKASYON+SİLİKON ALINMASI** 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 : ___/___/_____ ___/___