MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

ENÜKLEASYON-EVİSSERASYON İÇİN RIZA BELGESİ

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Ünv. Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (…….) Sol (…….) gözünüze **……**tanısı konulmuştur.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Göz içi tümörleri, travma veya diğer nedenlerle (kornea ve/veya sklera erimesi, enfeksiyonu) gözün onarılamaz şekilde bütünlüğünün bozulması, medikal tedaviye cevap vermeyen endoftalmi, geçirilmiş çeşitli göz hastalıkları veya travmalarına bağlı kalıcı göz fonksiyon ve şekil bozuklukları gibi tabloların sizde bulunmasından dolayı göz küresinin alınması/ boşaltılması gerekliliği doğmuştur. Bu ameliyat sırasında GÖZ KÜRESİ ALINACAĞI için GÖRME OLAMAYACAKTIR. Göz küresinin alınması veya boşaltılması durumunda oluşan boşluğu doldurmak için hastanın kendisinden alınan parçalar veya hazır malzemeler kullanılabilir. Ameliyat sonrasında göz kapaklarının arasına yapay protezler uygulanabilir. Gerekli görülen durumlarda ameliyat sırasında alınan doku veya göz tıbbi amaçlarla patolojik incelemede kullanılabilir. Alınan patolojik materyal Patoloji bölümünde saklanacak ve gerektiğinde bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Bu cerrahi çoğunlukla genel anestezi altında özel durumlarda da (hastanın genel anestezi almasına engel yandaş hastalıkları olması durumunda) tercihen sedasyon (hastanın ilaç yardımıyla sakinleştirilmesi) eşliğinde lokal anestezi altında yapılabilir

3. İşlemden beklenen faydalar

Göz içi tümörleri, travma veya diğer nedenlerle (kornea ve/veya sklera erimesi, enfeksiyonu) gözün onarılamaz şekilde bütünlüğünün bozulması, medikal tedaviye cevap vermeyen endoftalmi, geçirilmiş çeşitli göz hastalıkları veya travmalarına bağlı kalıcı göz fonksiyon ve şekil bozuklukları bu tabloya sebep olabilir. Altta yatan nedene göre klinik seyir değişkenlik gösterebilir. Bu işlemle Altta yatan sebebe göre ağrının azaltılması, enfeksiyonun engellenmesi veya tümörün uzaklaştırılması amaçlanabilir.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Tümöre bağlı cerrahi planlananlarda tümörün çevre ve uzak dokulara yayılması ve hayati tehlike ortaya çıkabilir. Öyküsünde travma ve geçirilmiş cerrahi bulunan olgularda sağlam gözde görmeyi tehdit eden steril iltihabi süreç (sempatik oftalmi) gelişebilir. Önerilen cerrahi bu riski tamamen yok etmemekle birlikte azaltmaktadır.

5. Varsa işlemin alternatifleri

Tümör nedeniyle başvuran hastaların kemoterapi ve ışın tedavi alternatifleri değerlendirilmiş ve bu tedavilerden yeterli sonuç elde edilemeyeceği veya bu tedaviler uygulanamayacağı için cerrahi tedaviye yönlendirilmiş durumdasınız. Bu aşamada kemoterapi ve radyoterapi tedavi şemalarının getireceği fayda ve riskleri medikal onkoloji veya radyasyon onkolojisi hekimleri ile tartışabilirsiniz. Size sunulan tüm tedavi seçeneklerinin onkolojik hastalarda göz kaybı ve hayati riski bulunduğunu ve ek medikal, ışın ve cerrahi tedavi gerektirebileceğini bilmeniz gerekmektedir. Göz bütünlüğünün bozulduğu ve ilk cerrahi aşamasında dahi göz bütünlüğünün korunamayacağı ciddi doku kayıpları ile seyreden tablolarda göz cerrahi sırasında alınabilir. Bunun yanında ilk cerrahi sırasında göz ameliyat edilmiş ve buna rağmen gözde küçülme olan olgularda doktorunuz ile mevcut göz üzerine kontakt lens veya kozmetik protez seçenekleri değerlendirilebilir. Bu durumda sempatik oftalmi (diğer gözde görme kaybı ile sonuçlanabilecek steril iltahabi süreç) riski cerrahi seçenekte olduğu gibi azaltılamayacaktır.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar

Ameliyat sırasında kanama gelişebilir. Kanama genellikle ameliyat sırasında kontrol altına alınmasına rağmen ameliyat sonrasında da bir süre sızıntı tarzında da devam edebilmektedir. Lokal anestezisi ile ameliyat sırasında cerrahinin bazı aşamalarında ağrı hissedilmesi olasıdır.

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar

Erken dönemde ameliyat bölgesinde şişlik, morarma ve ağrı. Ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişebilir. Kullanılan dikiş materyaline, greft veya implanta bağlı olarak bazı kişilerde reaksiyon oluşabilir. Göz arkası kanaması gelişebilir. Tümör ameliyatlarında tümörün tam olarak çıkartılamaması veya nüks etmesi. Ameliyat sırasında yerleştirilen çeşitli implantların vücut tarafından atılması. Göz protezinin tekrar yapılması veya ayarlanması gerekebilir. Geç dönemde göz çukurundaki yağ yastıklarında erime ve buna bağlı gözde çökük görünüm ve kapak-protez ilişkisinde bozulmaya bağlı protez yenilenmesi ve/veya yeni cerrahiler gerekebilir. Proteze karşı allerjik kapak yüzey hastalıkları gelişebilir. Yeni oluşan soket göz yüzeyinde dejeneratif kistik değişimler olabilir. 11. Protez hiç kullanılamayabilir. Göz yüzeyi ve sokette daralma gelişebilir.

Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi

Genel anestezi uygulamalarında daha sık olmakla beraber her tıbbi müdahale sırasında kalp, akciğer ve beyin fonksiyonlarında bozulma ve hayati tehlike ve ölüm izlenebilir. Genel vücut sağlığı ile görme duyusu ve gözü ve tehdit eden önemli zararlar çok nadir de olsa görülebilir. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar gelişebilir. Lokal anestezi kullanılacak ise göz arkasında uygulama sırasında kanama ortaya çıkabilir.

7. İşlemin tahmini süresi işlemin tahmini süresi 30-90 dk. dır

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

Cerrahi sonrasında gerekli durumlarda göz kapaklarının arasına protez uygulaması yapılmaktadır. Uygulanan protezin doktorunuzun belirteceği sıklıkla temizlenip tekrar takılması hasta ve/veya yakınları tarafından yapılacaktır. Kozmetik olarak diğer

göze göre Protezin hareketleri ve kozmetik görünüm açısından farklılıklar beklenen bir sonuçtur. Protez uygulaması sonrası sulanma ve çapaklanma sık izlenir. Bu süreçte medikal tedavi uygulanır.

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 müdahalelenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

Sağ (…) Sol (…) gözüme uygulanması planlanan evisserasyon/enükleasyon **a**meliyatının 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 kullanılabileceği 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 :____/____/_____ ___/___