MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

ŞAŞILIK TEDAVİSİ İÇİN BOTULİNUM TOKSİN ENJEKSİYONU 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.

Şaşılık çocukluk döneminde göz hareketlerindeki paralelliğin olmaması, her iki gözden gelen görüntünün beyinde tek bir görüntü haline getirilememesinden dolayı kayan gözde göz tembelliği (ambliyopi) oluşmasına, ve iki gözü birlikte kullanma fonksiyonunun bozulmasına neden olan bir hastalıktır. Paralitik şaşılık çocukluk veya erişkin dönemde göz hareketlerini sağlayan ve beyinden göz çevresindeki kaslara gelen sinirlerin kısmi veya tam felci ile oluşmaktadır. Göz ve görme gelişimi açısından yetişkin dönemde (9 yaştan büyük kişilerde) göz hareketlerindeki paralelliğin yitirilmesi durumunda çift görme ve/veya karışık görüntü görme gibi bulgular eklenebilir. Çocukluk dönemi kaymaları bazen erişkin yaşta artış gösterebilir.

Çocukluk döneminde oluşan kaymaların kesin belirlenmiş bir nedeni yoktur. Ailesel geçiş gösterebilir. Erken doğum, travma (düşme, çarpma, kaza geçirme gibi), havale geçirme şaşılık gelişimine neden olabilir. Bazen yalnızca gözlük ihtiyacı nedeniyle hastanın gözü kayabilir. Bu daha önceki muayenelerinizde gözden geçirilmiştir.

Paralitik şaşılıkta, göz kaslarınızı hareket ettiren kasları besleyen sinirdeki felç kafa içi yer kaplayan kitle, yüksek tansiyon ve/veya kan şekerinizdeki ani veya uzun süreli yükseklik nedeniyle gelişmiş olabilir. Ayrıntılı dahiliye/pediatri ve nörolojik muayeneden geçmeniz önerilir.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Yetişkinlerde aksi hasta tarafından istenmedikçe topikal ya da lokal aneztezi sonrası işlem gerçekleştirilir. Çocuk hastalarda ise genel anestezi altında uygulanır. Genel anesteziye ilişkin bilgilendirme ayrıca anestezi doktoru tarafından yapılacaktır. Kaslara yapılacak enjeksiyonlar EMG eşliğinde ya da EMG olmadan yapılabilir. EMG eşliğinde yapılacak enjeksiyonlarda hastanın alın ve/veya şakak bölgesine elektrodlar yapıştırılır. EMG cihazına bağlı iğne yoluyla enjeksiyon gerçekleştirilir.

3. İşlemden beklenen faydalar

Botulinum toksin A Clostridium botulinum adlı bakteri tarafından üretilen protein yapılı bir maddedir. Botulinum toksininin göz adalelerine enjekte edilmesiyle, enjeksiyon yapılan kasta felç, karşı yönde etki gösteren kasta (antagonist) ise aşırı kasılma elde edilmesi ve bu sayede gözün orta hatta tutulması amaçlanmaktadır. Botulinum toksininin etkisi en az 5-8 hafta, ortalama 3 ay kadar devam etmektedir. Etkinin miktarı kayma tipine göre değişkenlik gösterir. Bazı durumlarda toksin etkisi geçtikten sonra kaymada kalıcı düzelme oluşabilir.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Kaymanın miktarı daha artabilir veya aynı kalabilir. Göz tembelliği (ambliyopi) gelişebilir.

5. Varsa işlemin alternatifleri

Şaşılığın muayene bulgularına göre cerrahi olarak düzeltilmesi botox uygulama için alternatif oluşturmaktadır.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları

***İşlem sırasında oluşabilecek komplikasyonlar*:** 1. Kanama 2. İğne ile göz delinmesi 3. Göz bebeğinin genişlemesi 4. Allerjik reaksiyonlar

İşlem sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Kaymanın devam etmesi 2. Farklı tipte kayma ortaya çıkması 3. Göz kapağında düşüklük 4. Çift görme 5. İğne yerinde enfeksiyon

Etkisi geçicidir. Enjeksiyonun tekrarı gerekebilmektedir.

Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi

Genel anestezi altında botulinum toksin uygulaması olabilmeniz için sistemik açıdan anestezi almanıza engel bir rahatsızlığınızın olmaması gerekmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi bazı tetkikler yapılacak, anestezi veya dahiliye/çocuk hastalıkları uzmanları tarafından ameliyata onay verilecektir.

Genel anestezi uygulamalarında daha sık olmakla beraber her tıbbi müdahale sırasında kalp, akciğer ve beyin fonksiyonlarında bozulma, hayati tehlike ve ölüm izlenebilir. Genel vücut sağlığı ile görme duyusu ve gözü tehdit eden önemli zararlar çok nadir de olsa görülebilir.

Gelişimsel ve yapısal anormallikler, daha önce geçirilmiş şaşılık cerrahisi ve botulinum enjeksiyonu öyküsü olanlarda kullanılacak doz, tedavi süreci ve cevabı farklı olabilir. Lokal olarak tedavi olacak hastalarda iğne korkusu ve panik atak öyküsü varlığı işlemin genel aneztezi altında yapılmasını gerektirebilir. Hekiminizle bu durumu görüşmeniz uygun olacaktır.

7. İşlemin tahmini süresi 15-30 dk

8. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Ameliyat sonrası antibiyotik ve steroid içeren göz damlalarını hekiminizin uygun gördüğü doz ve sürede kullanmanız gerekecektir. Her ilaç kullanımında olduğu gibi genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir veya ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir

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

Enjeksiyon sonrası göz kapatılmaz. Etkisi enjeksiyonu takiben 3 -4 gün sonra başlar. İlacın çevre dokulara dağılmaması için gözünüzü ovalamayınız. Çocuk yaş grubunda kapak düşüklüğü geliştiği taktirde göz tembelliğine engel olmak için kapama tedavisi gerekli olabilir .

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 botoks uygulamasının 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 :____/____/_____ ___/___