



**KATARAKT AMELİYATI
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

Hasta Adı - Soyadı:

Cinsiyet: ☐ K ☐ E

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Baba Adı:

Kimlik No:

Sayın Hastamız / Hasta Yakınımız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınına verilebilir.

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1. ÖN TANI / TANI: KATARAKT

HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Hastalığın Tanımı Hakkında Bilgi: Katarakt, gözün kırıcı ortamlarından biri olan lens organcığının kesifleşip, matlaşması ve ışığı göz içine yeterince geçirmemesi demektir.

Hastalığın Muhtemel Sebepleri Ve Nasıl Seyredeceği Hakkında Bilgi: Katarakt, en sık olarak yaşlanmaya bağlı olarak görülse de doğuştan olan, metabolik olarak kanda bazı maddelerin azlığından ya da çokluğundan kaynaklanan, şeker hastalığına ikincil olan, travma (vurma, çarpma, elektrik akımına ya da aşırı ısıya maruz kalma) sonrası gelişen, kortizon gibi ilaçların uzun süre alınmasına bağlı oluşan tipleri de vardır. Katarakt genellikle ilerleyici bir hastalık olup, giderek görme keskinliğinin azalmasıyla seyreder. Bunun yanında hastalar renk görme kalitelerini kaybederler ve genellikle dünyayı kirli sarı, kahverengi bir tül perdenin gerisinden görüyormuş gibi algırlar. Ayrıca kataraktın tipine göre hastada miyopi gelişebilir bu hastalar uzağı kötü görürlerken birden yakını daha iyi görmeye başlarlar. Tam tersine hastada hipermetrop kırma kusuru yaratan katarakt tipleri de vardır. Bazı hastalarda da katarakt aydınlık, parlak ortamlarda görme azalmasına yol açar.



**KATARAKT AMELİYATI
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: KATARAKT AMELİYATI

Cerrahi Müdahalenin Kim Tarafından Nerede, Ne Şekilde Yapılacağı Ve Tahmini Süresi Hakkında Bilgi:

Katarakt ameliyatı göz doktoru tarafından, ameliyathanede, ameliyat mikroskopu yardımıyla steril şartlar altında yapılır. Ameliyat süresi kataraktın sertliğine ve kullanılacak olan göz içi lensinin özelliklerine göre değişir. Süre 15 dakika ile 60 dakika arasında değişebilir. Ameliyatta karşılaşılabilecek çeşitli sorunlar ameliyatın süresini daha da arttırabilirler.

Uygulanacak Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi: Ameliyat sırasında kullanılacak anestezi, topikal damla anestezisi olabileceği gibi, lokal (iğne ile) ya da genel anestezi (uyutularak) ile hastanın durumuna göre doktor tarafından tercih edilebilir.

3. TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için anestezi uygulaması yapılacağı, anestezi uygulaması hakkında Anestezi Uzmanı tarafından bilgilendirilerek onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

5. KAN VE KAN ÜRÜNLERİ KULLANIMI: Yok ☐ Var ☐

Yapılacak işlem için kan ve kan ürünleri kullanımı yapılacak ise bu konuda da bilgilendirilme yapılarak onam alınacağı konusunda bilgi verildi.

6. ÖNERİLEN TEDAVİNİN RİSKLERİ

Kataraktın çıkarılması ve Göz içi Merceğinin takılması komplikasyonları; İhtimal düşük olsa da cerrahinin bir sonucu olarak görmenin daha kötü hale gelmesi mümkündür. Bazı durumlarda komplikasyonlar haftalar, aylar hatta yıllar içinde gelişebilir.

a) Katarakt çıkarılması komplikasyonları: Bunlar; kanama, gözün delinmesi (perforasyon), lensin



KATARAKT AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)

kapsülünün yırtılması, kornea tabakasının şeffaflığını yitirmesi, kesi yerinde yanık oluşması, göz içinde katarakta ait parçaların kalması, enfeksiyon, retina ayrılması (dekolman), sarı nokta da ödem, varsa hastanın sarı nokta hastalığında ilerleme, rahatsız ve ağrılı göz, düşük göz kapağı, göz tansiyon hastalığı (glokom) ve /veya çift görme olabilir. Tüm bu komplikasyonlar göz içi merceği takılsa da takılmasa da olabilir ve kötü görme ya da tümünden görme kaybı ile hatta gözün tamamıyla kaybı ile sonuçlanabilir.

b) Göz içi Lensine (Merçeğine) dair komplikasyonlar; Bunlar; artmış gece görme problemleri, kamaşma, ışıklar etrafında halka ya da hare görme, çift ve hayal imajlar görme olabilir. Bazen lens göz içinde yer değiştirebilir. Hatta ameliyat sırasında ya da sonrasında göz içine düşebilir, nadiren bulanıklaşabilir. Bazen yeterli görmeyi tekrar sağlayabilmek için ameliyat sonrası dönemde, doktor ilave düzeltici gözlük önerebilir, göz içi lensinin tekrar ikinci bir ameliyatla düzeltilmesi, değiştirilmesi ya da tümünden çıkarılması, vitrektomi cerrahisi ya da düzeltici kornea lazer uygulaması çözüm için gerekebilir.

Anestezi tekniği ve buna ait gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi: Anesteziye dair çok nadir komplikasyonlar; Şiddetli allerjik reaksiyon, stroke (beyin atağı), görme kaybı, felç ve hatta ölüm gerçekleşebilir.

Damla anestezisi genellikle yan etkisi en az olan anestezi şeklidir.

Eğer ki lokal anestezi (iğne ile ilaç zerki) uygulanırsa; Göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme, anestetik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, anestetik ilaca karşı allerjik reaksiyon, göz arkasında kanama, olabilir. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar, Genel anestezi (narkoz) uygulandığı takdirde ilaç yan etkileri, havalanmaya ait komplikasyonlar gelişebilir. Genel anesteziye ilişkin bilgilendirme ayrıca anestezi doktoru tarafından yapılacaktır.

BİREYSEL RİSKLER

Bu ameliyatı olmaya karar verdikten sonra, kişisel özelliklerinizle ilgili aşağıdaki risk ve komplikasyonlar oluşabilir;

.....
.....



**KATARAKT AMELİYATI
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

7. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

Yapılacak katarakt cerrahisi sonrası görme keskinliğinizde artış olacaktır.

8. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Katarakt cerrahisinde başarı oranı %90 üzerindedir.

9. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Katarakt hastalığının tek tedavisi ameliyattır. Ameliyatın geciktirilmesi kataraktın sertleşmesine ve yapılacak ameliyatta komplikasyon risk ve oranlarının artmasına yol açacaktır.

10. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

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.

11. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Hastanın ameliyatı reddetmesi durumunda zaman içinde katarakt sertleşerek göz içi reaksiyonlara yol açabilir. Buna bağlı göz içi iltihaplanması, göz tansiyonu gibi sorunlar ortaya çıkabilir ve hastanın görmesi giderek azalır. Lens sertleştikten sonra yapılacak olan katarakt operasyonunun daha riskli ve komplikasyon oranı yüksek hale geleceği unutulmamalıdır.

ÖNERİLEN GİRİŞİMİN KAPSAMI VE ONAY

- ✓ Doktorum tarafından önerilen tedavi ile ilgili sözel olarak detaylı bilgilendirildim, işlem için hazırlanmış olan bilgileri okudum. Açıklama istediğim tüm sorularımı yeterli şekilde cevaplandırıldı.
- ✓ Acil ve beklenmedik durumlarda kan ve kan ürünleri uygulamalarına izin veriyorum.



**KATARAKT AMELİYATI
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

- ✓ Bu işlemin medikal / paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.
- ✓ Doktorum, uygulamanın seyri sırasında önceden öngörülebilir ya da öngörülemez durumlara bağlı olarak ek bir tıbbi uygulama gerektiren durum ortaya çıkabileceği bilgisini verdi. Gerekli görülmesi halinde, doktorum ve ekibinin bu formda tanımlananlar dışında yapılacak ilave bir girişimini, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- ✓ Girişimler sırasında röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların kullanılmasının gerekebileceğini; bu cihazların / uygulamaların bazılarında sağlığım üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ışınlarla maruz kalabileceğimi biliyor, gerekli görülmesi halinde bu tıbbi cihazların kullanılmasını onaylıyorum.
- ✓ Önerilen girişimin ortalama maliyeti konusunda bilgi aldım.

Sağlığım ile ilgili olarak yapılabilecek uygulamalar sırasında herhangi bir şekilde çıkarılacak doku / organların, bunların görüntülerinin veya doku / hücre kültürlerinin, bilimsel amaçlı incelenmesine, saklanmasına, kullanılmasına, yok edilmesine itiraz hakkımın bilincinde olarak yetki ve onay veriyorum.

Ben, bu formun içeriğini anladım ve Dr. nın yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi doktorlarının uygulayacağı tedaviyi ve diğer sağlık çalışanlarının vereceği bakımı bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.

Hastalığımın tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerinin tümünün uygulanmasına izin veriyorum.

İmzası:

Tarih:

Saat:

Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise;

Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:



**KATARAKT AMELİYATI
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)**

- ☐ Hastanın bilinci kapalı ☐ Hasta 18 yaşından küçük ☐ Hastanın karar verme yetisi yok
☐ Acil

Şahit (hastane çalışanı haricinde bir kişi mevcutsa);

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);

Adı-Soyadı: İmzası: Tarih: Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.