



ŞAŞILIK 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: ŞAŞILIK

HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Şaşılık çoğunlukla çocukluk döneminde ortaya çıkan, göz hareketlerinde paralelliğin olmaması, bu nedenle her iki gözden gelen görüntünün beyinde tek bir görüntü haline getirilememesidir. Her iki göz ortak kullanılamadığı için kayan gözde göz tembelliği (ambliyopi) oluşmasına neden olur. Göz ve görme gelişimi açısından yetişkin dönemde (9 yaştan büyük kişilerde) göz hareketlerindeki paralelliğin kas felçleri sonrasında yitilmesi durumunda çift görme ve/veya karışık görüntü görme gibi bulgular da eklenebilir. Şaşılığın kesin belirlenmiş bir nedeni yoktur. Ailesel geçiş gösterebilir. Erken doğum, travma (düşme, çarpma, kaza geçirme gibi), havale geçirme, yüksek sistemik kan basıncı, kontrol altında olmayan şeker hastalığı (Diabet), kafaiçi yer kaplayan kitle şaşılık gelişimine neden olabilir. Bazen yalnızca gözlük ihtiyacı nedeniyle hastanın gözü kayabilir. Gözlük gereksinimi daha önceki muayenelerinizde gözden geçirilmiştir.

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: ŞAŞILIK AMELİYATI



ŞAŞILIK AMELİYATI
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)

3. TARAF UYGULAMASI İSE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

Ameliyat sırasında genellikle genel anestezi kullanılmaktadır. Ancak bazı erişkin hastalar için lokal **anestezi/sedasyon anestezi yeterli olabilmektedir**. Durumunuzun hangi tip anestezi için uygun olduğu yapılacak muayeneler sonucu belirlenecek ve önerilen anestezi türü ile ilgili anestezi hekimi tarafından size bilgi sunulacaktır. Bu konuda açıklanmasını istediğiniz her türlü konuyu anestezi hekimine sorabilirsiniz.

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

Ameliyat sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: enfeksiyon, çift görme, alerjik reaksiyonlar, gözün iğne geçişi sırasında delinmesi, göz kapağında pozisyon ve yapı değişiklikleri, kasın kaçması gibi problemlerle karşılaşılabilir ancak bunların büyük bir kısmının tedavisi, cerrahi sırasında veya sonrasında mümkündür.

İyileşme sürecinde olası sorunlar: Yaklaşık 7-10 gün süren kızarıklık, batma, erişkinde çift görme olabilir. Şaşılığın tekrar etmesi ve/veya tedaviye beklenen yanıtın alınamaması durumunda tedavinin tekrarlanması gerekebilir. Şaşılık cerrahisinin başarı şansı yüksek olmasına karşın bazı hastalarda gözdeki kayma aynı yöne veya ters yöne tekrarlayabilir, cerrahi sonrası arta kalan kayma olabilir ve ikinci veya üçüncü kez ameliyat gerekebilir. Şaşılık ameliyatından sonra aynı yöne veya ters yöne kayma olması durumunda tekrar tedavi olanağı bulunmaktadır.

7. BİREYSEL RİSKLER

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

.....



ŞAŞILIK AMELİYATI
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)

8. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

Şaşılık ameliyatının amacı, gözlerdeki kaymanın düzeltilerek, gözlerdeki paralelliğin sağlanması ve eğer varsa baş eğikliğinin düzeltilmesidir. Ameliyatın var olan binoküler görme (iki gözle tek görme) düzeyinizi korumak veya bazı durumlarda arttırmak gibi olumlu etkileri de vardır. Bu ameliyat sırasında gözün etrafındaki kaslara müdahale edilecek, kaymanın derecesi ve tipine göre bu kaslarda ayarlamalar yapılacaktır. Ameliyat laserle yapılmamaktadır. Yaklaşık olarak hastanın ameliyata hazırlanması, anestezi uygulanması ve ameliyat 60-120 dakika kadar sürmektedir. Şaşılık ameliyatı görmenin artması veya göz tembelliğinin (ambliyopi) tedavisi için yapılan bir ameliyat değildir. Eğer ameliyat öncesinde göz tembelliğinin tedavisi yapılıyorsa, bu tedavinin ameliyat sonrasında da doktorunuzun önerileri doğrultusunda devam etmesi gerekmektedir. Uygulanan işlem sonrasında gözlük takmaya devam etmeniz gerekebilir. Ameliyat sonrasında gözlük numaralarında ayarlama yapılması gerekebilir.

9. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Şaşılık cerrahisinde başarı oranı %90 üzerindedir.

10. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Şaşılık cerrahisine alternatif olarak bazı tür kaymalarda Botulinium toksini (pürifiye botulinum toksin A) uygulanabilir. Botulinium toksini, 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. Toksin yapılan kas yönündeki göz hareketlerinde geçici olarak kısıtlılık olabilir. Etkisi geçici olduğundan enjeksiyonun tekrarı gerekebilmektedir. Botox uygulamasının başarı şansı düşük açılı kaymalarda, akut kas felçlerinde, karşıt kasa uygulamalarda, belli dönemlerde tekrarlayan sabit olmayan kaymalarda (siklik ezotropeya), tiroid hastalığına bağlı kas tutulumlarında (tiroid oftalmopati) gibi hastalıklarda daha yüksektir.



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

11. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

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.

Ameliyat sonrası : Yıkanma:...1.... Hafta, Okula geri dönüş: tercihen ..14...gün ,Kum havuzu gibi oyun alanlarına gidebilme: 1 ay sonra , Spor aktiviteleri:1..... ay sonra(takım sporları, yakın temas olanlar), Yüzme : 4-6 hafta sonra, Kontakt lens kullanma : ...1.... ay sonra başlanabilir

12. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Bu ameliyat yapılmazsa, gözünüzdeki kayma ve / veya hareket kusurunun, ilaç veya gözlük tedavisiyle ya da kendiliğinden düzelmesi beklenmemektedir. Ek olarak çocukluk çağında izlenen kaymalarda önerilen ameliyat kabul edilmediği takdirde göz tembelliği riski taşımaktadır.

Cerrahi yapılmama durumunda kayma aynı şekilde devam edecek veya zayıf kasın giderek daha zayıflaması nedeniyle kayma artacaktır.

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.
- ✓ 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



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

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 ışınlara 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:

- ☐ 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:



ŞAŞILIK AMELİYATI
HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM (RIZA FORMU)

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.