



**PTERJİYUM 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 yakınınıza 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: PTERJİYUM

HASTALIĞINIZ HAKKINDA GENEL BİLGİ:

Pterjiyum, halk arasında, gözün beyaz kısmından renkli kısmına ilerleyen bir et parçası şeklinde ifade edilir. Göz bebeğinin üzerinde şeffaf saat camı şeklindeki kornea tabakasının üzerine gözün beyaz kısmının üzerini örten zar olan konjonktivadan gelen bir uzantıdır. Pterjiyum kalıtsal olarak veya güneş ışınlarına bağlı olarak meydana gelebilir. İlerlemesi güneşe uzun süre maruz kalmak ile hızlanır. Gözde belirgin rahatsızlık (kızarıklık, batma, sulanma gibi) yapabilir, görme bozukluğuna yol açabilir, göz bebeğine doğru ilerleyerek görmeyi tehlikeye düşürecek bir risk oluşturabilir ve estetik bakımdan hastayı rahatsız eden bir kusur oluşturabilir. Pterjiyumun tedavisi cerrahidir.

2. ÖNERİLEN TEDAVİ: PTERJİYUM AMELİYATI

3. TARAF UYGULAMASI İŞE;

Sağ ☐ Sol ☐ İki Taraf ☐ Seviye:

4. ANESTEZİ UYGULAMASI: Yok ☐ Var ☐

İşlem sırasında lokal anestezi yeterli olmaktadır. Genel anestezi veya intravenöz sedasyon hastanın



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

isteğine göre uygulanabilir.

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

Ameliyatta veya sonrasında kullanılan ilaçlara karşı duyarlılık reaksiyonu, Kornea merkezini geçen pterjiyumlarda ameliyat sonrasında görme bulanıklığı devam edebilir, Pterjiyum ameliyat sonrasında tekrar oluşabilir, tekrar ameliyat gerekebilir, Görme kaybına yol açabilecek enfeksiyon gelişebilir, Yara yeri iyileşmesinde gecikme, mikrop/ mikropsuz ülserasyon, skleromalasi (skleranın yani göz beyazının yara yerinin altındaki kısmının erimesi) piyojenik granülom (kanamalı, akıntılı kitle teşekkülü) oluşabilir. Bu nedenlerle gözün tekrar ameliyatı gerekebilir. Ameliyat sonrası gözlük veya kontakt lens takılması gerekebilir.

Uygulanacak işlem genel/lokal/sedasyon/topikal anestezi altında uygulanabilir.

Lokal anestezi sırasında göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme, anestetik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu , anestetik ilaca karşı alerjik reaksiyon, göz arkasında kanama gibi sorunlar olabilir. 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.

7. BİREYSEL RİSKLER

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

.....
.....

8. ÖNERİLEN TEDAVİDEN SAĞLANMASI ÖNGÖRÜLEN POTANSİYEL YARARLAR

Pterjiyum dokusu kornea üzerinden kesilerek alınır, konjonktiva isimli zarın geri kalan kısmı dikişle kapatılır. Nüksünü yani tekrar oluşumunu engellemek için konjonktiva kendi altına kıvrılabilir, sklera



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

denilen beyaz kısım açık bırakılabilir, konjonktivanın yönü değiştirebilir, konjonktivanın başka bir bölgesinden bir parça alınarak o bölgeye dikilebilir, çeşitli ilaçlar (antimetabolit) kullanılabilir, amnion zarı nakli yapılabilir. İşlem süresi 30-60 dakika arasında ameliyat tekniğine göre değişir. Ameliyat sonrası iyileşme dönemini takiben gözünüzde pterjiyum yarattığı kanlanma, batma, bulanık görme gibi şikayetler azalacak veya tamamen geçecektir.

9. ÖNERİLEN TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI

Pterjiyum ameliyatı başarı olasılığı %80 üzerindedir.

10. OLASI ALTERNATİF TEDAVİ -(LER)

Pterjiyum hastalığının tedavisi cerrahidir. Hastalıkta kullanılacak alternatif tedaviler (kortizonlu damlalar, göz yaşı damlaları vs.) yalnızca hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir.

11. NEKAHET DÖNEMİNDE HASTANIN YAPMASI / DİKKAT ETMESİ GEREKENLER

Ameliyat sonrasında 1 hafta yara yeri üzerine yatmayınız, gözünüze bastırmayın ve kaşımayın, 1 hafta süresinde gözünüze su değdirmeyin, göz damlalarını uygularken kirpiklerinize değdirmeyin. Ameliyat sırasında kullanılan tekniğe bağlı olarak greft flep veya dikiş materyaline bağlı batma sulanma izlenebilir. Aşırı ağrı ve sulanma kızarma durumunda doktorunuz ile temasa geçin.

12. ÖNERİLEN TEDAVİYİ REDDETMENİN OLASI SONUÇLARI

Tedavi edilmediği takdirde pterjiyum dokusu ilerleyerek kornea tabakasını kaplayarak görmenin ileri derecede kaybına ve körlüğe yol açabilir. Bu durum kornea naklini gerektirebilir. Bu ileri evrede tedavi edildiğinde beyaz bir leke kalma olasılığı vardır.

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



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

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 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



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

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