

	SİLİKON ALINMASI (birlikte yapılabilen katarakt) AMELİYATLARI İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.06
		Yayın Tarihi	09.05.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1 / 2

Tanı Hakkında Bilgi:

..... Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ Sol..... gözünüze tanısı konulmuş olup tedaviye gereksinim duyulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ..... Sol..... gözünüze **SİLİKON ALINMASI ± KATARAKT CERRAHİSİ** önerilmektedir.

Ameliyat lokal ya da genel anestezi altında yapılabilir. **Bu ameliyatın faydası** daha önce gözünüze verilmiş olan ve bir tampon madde olan silikonun geri alınması ve eğer mevcut ise beraberinde kataraktınızın temizlenmesi amaçlanmaktadır. Gözün en dış tabakası olan konjonktivanın açılmasını takiben, skleral giriş yerleri açılır. Eğer katarakt mevcut ise öncelikle katarakt cerrahisi fakoemülsifikasyon ile ya da geniş kesi ile uygulanır. Takiben duruma göre gözün arkasındaki silikon önceden oluşturulan korneal ya da skleral kesi yolu ile alınır. Eğer aynı seansta önceden belirtildiği şekilde katarakt cerrahisi uygulanmışsa, ameliyat sırasında ya da öncesinde muayene ile belirlenen göz arkasının durumuna ve beklenen görsel prognoza göre yapay göz içi merceği yerleştirilebilir. Görme artışı beklenmiyorsa yapay göz içi merceği yerleştirilmez ve ameliyata son verilir. Ancak silikon alınması sırasında ya da sonrasında retina tabakasının tekrar yerinden ayrılma riski vardır. Bu nedenle tekrar silikon verilmesi gerekli olabilir. Ayrıca özellikle şeker hastalarında ek olarak göz arkasına ilaç uygulaması gerekebilir. Ameliyat sonrası takipler sırasında ek lazer seansına ya da yeni bir ameliyata gerek duyulabilir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

Ameliyat süresi ortalama 20-40 dk arasında değişebilmektedir. Nüks retina dekolmanı riski dışında başarı şansı yüksektir.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda retrobulber iğne ile zedelenme, 2. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, 3. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 4. Göz arkasında kanama, 5. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar

Ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz tabakalarında yırtık ve delinme 2. Göz içine veya göz dışına kanama 3. Dokularda delinme ya da zedelenme 4. Retina dekolmanı

Ameliyat sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz içi ve dışı enfeksiyon 2. Retina yırtıkları 3. Retina dekolmanı 4. Enfeksiyon 5. Göz içi basıncının yükselmesi 6. Göz içi basıncının



SİLİKON ALINMASI (birlikte yapılabilecek katarakt) AMELİYATLARI İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.06
Yayın Tarihi	09.05.5016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 2

düşmesi 7. Damar tabakasının yerinden ayrılması 8. Görme noktasında sıvı toplanması 9. Görme noktasında anormal zar gelişimi 10. Çift görme 11. Şaşılık 12. Gözün kırma kusurunda değişiklikler 13. Silikon yağının komplikasyonlarına bağlı olarak gözünüzde kalıcı görme hasarı veya gözün kaybı gelişebilir. 14. Ameliyat sonrası gerek komplikasyonlar gerekse göz ameliyatına sebep olan hastalığınızın tekrarlaması, ikinci veya daha fazla sayıda cerrahi girişimi gerektirebilir.

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar:

Size önerilen cerrahi tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşıacağınız riskler şunlardır; 1-Katarakt 2-Glokom 3-Band keratopati 4-Bu komplikasyonlara bağlı görmede azalma

Ameliyatın Alternatifi yoktur.

Ameliyatınız uzman hekimler ve asistanlar eşliğinde yapılmaktadır.

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 **SİLİKON ALINMASI ± KATARAKT CERRAHİSİ** ameliyatının Dr. ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum:

Hastanın Adı-Soyadı : İmzası:..... Tarih:

Hasta vasisi/yakınının Adı Soyadı:..... İmzası:..... Tarih:

(Yakınlığı:.....)

Doktorun Adı Soyadı :..... İmzası:..... Tarih: