

	PREMATÜRE RETİNOPATİSİ (ROP) MUAYENESİ HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.591
		Yayın Tarihi	09.05.2024
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa Numarası	1 / 3

Hastanın Adı-Soyadı :

Dosya Numarası :

Hasta bilgileri (Antenatal/natal/soygeçmiş) ve klinik özet

Hastanın göz hastalıkları uzmanı tarafından yapılması gereken ROP muayene ve kontrol takvimi aşağıda belirtilmiştir. Bu muayene ve kontrol muayene tarihlerine uyulması zorunlu olup belirtilen tarihlere uyulmaması halinde doğacak sonuçlardan ebeveyn sorumludur.

Planlanan Muayene Tarihleri (Hekim tarafından doldurulacaktır)

1.....Önerilen kontrol muayene tarihleri

GENEL BİLGİLER

MUAYENİN FAYDALARI

Erken doğan bebeklerde gözün retina ismi verilen ağ tabakasındaki damarlar tam olarak gelişmemiştir ve doğumdan sonra gelişimini tamamlar. Retina damarlanması tamamlanmamış bebeklerde kısaca ROP olarak bilinen prematüre retinopatisi hastalığı ortaya çıkabilir. Bu bebekler erken tedavi edilmezse tablo görme kaybına ilerleyebilir. Bu nedenle gebelik yaşı 34 hafta altında veya doğum ağırlığı 1700 gram ve altında doğan tüm bebekler ile gebelik yaşı 34 hafta ve üstünde veya doğum ağırlığı 1700 gramdan büyük olup oksijen destek tedavisi görmüş, kan transfüzyonları uygulanmış, akciğer ve kalp damar rahatsızlıkları olan veya “bebeği takip eden doktorun ROP açısından riskli gördüğü” bebeklerin taranması önerilir.

MUAYENE NE ZAMAN YAPILMALIDIR?

27 haftalıktan küçük doğan bebeklerin ilk muayenesinin bebek 31 haftalık olduğunda yapılması önerilir. 28. haftada veya sonrasında doğan bebeklerde ise doğumdan 4 hafta sonra muayene önerilir. Bu konuda sizin hastanızın bakımını üstlenen pediatri hekimi göz hekimi konsültasyonu isteyecektir. Bu konsültasyon zorunlu olup bu konuda bilgilendirilmiş olmalısınız. Göz damarlarının gelişimine ve hastalığın ciddiyetine göre göz muayenesinin tekrarlanması gerekebilir. Tekrar muayenelerinin planlanması ve plana uyulması kritik öneme sahiptir. Bu tekrar muayenelerin zamanını öğrenip, takip etmek ve muayenelere hastanızı götürmek sizin sorumluluğumuzdadır. Yukarıda sizin için oluşturulan muayene ve kontrol süreci takvimi bulunmaktadır. Bu konuda ihmalde bulunmak telafisi mümkün olmayan görme kayıplarına yol açabilir. Bu süreçte sorun yaşamanız halinde derhal sizi takip eden çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimini bilgilendiriniz.

ÖNEMLİ

Göz doktoru tarafından doğru zamanda gerçekleştirilen oftalmolojik tanı ve zamanında tedavi (endike olduğunda), Prematüre Retinopatisi olan çocukların prognozunu iyileştirebilir.

	PREMATÜRE RETİNOPATİSİ (ROP) MUAYENESİ HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.591
		Yayın Tarihi	09.05.2024
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa Numarası	2 / 3

Ancak bazı çocuklarda (agresif seyirli hastalıkta) son aşamaya kadar ilerlemesi ve körlük gelişmesi önlenemeyebilir. Bu durum göz hastalıkları hekimine sorumluluk atfedilemeyecek ve önlenemeyecek bir komplikasyondur.

ÇOK ÖNEMLİ

Sağlık kurumundan taburcu olmak, yeni doğanın hastalığının iyileştiği anlamına gelmez. Prematür bebeklerin ebeveynleri, hastaneden ayrılmadan önce bir sonraki ROP muayenesinin ne zaman, nerede ve hangi göz hekimi tarafından yapılacağını bilmelidir. ROP nedeniyle tedavi edilen çocukların ömür boyu göz muayeneleri ile takibi önerilmektedir.

MUAYENE SÜRESİ

Muayene öncesi göze damla damlatılarak göz bebeğinin büyütülmesi gerekmektedir. Bu işlem 2- 3 saat alabilir. İdeal bir ROP muayenesi tam pupil dilatasyonu (göz bebeği büyümesi) sağlandıktan sonra yapılmalıdır.

GÖZ MUAYENESİNİN YAPILMAMASI DURUMUNDA KARŞILABİLECEK SONUÇLAR

ROP çocuklarda kalıcı körlüğün en sık nedenidir. Erken doğan bebeklerde şaşılık, yüksek numaralı gözlük ihtiyacı, göz tansiyonu gibi göz, hastalıklarının olma riski de diğer bebeklere göre daha fazladır. Muayene yapılmaması halinde hastalığın mevcudiyeti ve ilerleyişi saptanamaz. Bunun sonucunda körlükle sonuçlanabildi birtakım görme problemleri gelişebilir. Muayeneye **alternatif herhangi bir işlem veya girişim bulunmamaktadır.**

MUAYENE RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLAR (Kullanılacak İlaçların Muhtemel İstenmeyen Etkileri)

Muayene esnasında, bir kısmı damlatılan damlalara bağlı olarak geçici olarak yüzde kızarıklık, ateşlenme hazımsızlık, barsak hareketlerinde yavaşlama ve ender olarak ileus tablosu, hırçınlık, ışığa hassasiyet, alerjik reaksiyonlar, kan basıncı değişiklikleri ve çok ender olarak solunum zorluğu, kalp durması ile ani ölüm riski gibi yan etkileri olabilir.

Yukarıdaki işlemin amacı ve riskleri tarafıma anlatılmıştır. Muhtemel komplikasyonlar hakkında tarafıma bilgi verilmiştir. Muayene sırasında herhangi bir nedenle beklenmeyen bir durumla karşılaşılması durumunda yukarıdaki işlem dışında gerekli ek girişimlerin de yapılabileceği tarafıma anlatıldı. Hastalığımla (bebeğimin hastalığı ile) ilgili bilgiler, fotoğraflar ve dokümanların gerektiğinde eğitim ve bilimsel araştırma (bilimsel yayınlar da dahil) amaçlı olarak kullanılmak üzere saklanmasını ve depolanmasını kabul ediyorum.

	PREMATÜRE RETİNOPATİSİ (ROP) MUAYENESİ HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman Kodu	HD.RB.591
		Yayın Tarihi	09.05.2024
		Revizyon No	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa Numarası	3 / 3

İşlem Öncesi Ve İşlem Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar Dikkat Edilmemesi Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar

İşlemden 1 saat öncesi yemek yemiş olması gerekmektedir. İşlem Sonrası ise işlemden 1 saat sonra yemek yemeye başlayabilir. Muayene sonrası gözde kızarıklık, akıntı, şişlik vb. durumlar gelişmesi durumunda mesai saatleri içerisinde göz polikliniğine mesai dışında ise Acil'e başvurmanız gerekmektedir.

Hasta Rızası:

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalenin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

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

Okudum anladım kabul ediyorum (El yazısıyla yazılması)

.....

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

(Yakınlığı:.....)

Tercüman (ihtiyaç halinde) Adı soyadı:İmzası:.....Tarih/Saat

Engelliler için ilgili uzman, sosyal hizmet uzmanı var ise Adı Soyadı:.....

Doktor adı-soyadı/Unvanı-İmzası :

Rızanın Alındığı Tarih /Saat: