



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BOTOX UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

DOKÜMAN KODU	GZ.FR.5000
YAYIN TARİHİ	01.01.2023
REVİZYON NO	0
REV. TARİHİ	-
SAYFA NO	1 / 2

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

.....

.....

.....

Tanı Hakkında Bilgi:

Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Göz Hastalıkları kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze tanısı konulmuştur.

Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) **GÖZ KASLARINA BOTOX UYGULAMASI** önerilmektedir.

Botox (pürifiye botulinum toksin A) 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. Enjeksiyonun tekrarı gerekebilmektedir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

Botox uygulamasının başarı şansı düşük açılı kaymalarda, akut kas felçlerinde antagonist kasa uygulamalarında, siklik ezotropeya, tiroid oftalmopati gibi hastalıklarda daha yüksektir. Ancak enjeksiyonun tekrarı gerekebilmektedir. İşlem süresi kısadır.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

İşlem sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Hemoraji 2. İğne ile göz delinmesi 3. Pupil dilatasyonu 4. Allerjik reaksiyonlar

İşlem sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Kaymanın devam etmesi 2. Farklı tipte kayma ortaya çıkması 3. Göz kapağında düşüklük 4. Çift görme

Genel riskler ve komplikasyonlar

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar: Kaymanın miktarı daha artabilir.



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

BOTOX UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

DOKÜMAN KODU	GZ.FR.5000
YAYIN TARİHİ	01.01.2023
REVİZYON NO	0
REV. TARİHİ	-
SAYFA NO	2 / 2

Onam Doğrulama :

Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **GÖZ KASLARINA BOTOX UYGULAMASI** işleminin Dr. ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ / _____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı : _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____