



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ŞAŞILIK CERRAHİSİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

DOKÜMAN KODU	GZ.FR.5005
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 (.....) gözünüze ameliyatı önerilmektedir. 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, ameliyat göz küresinin dışında gerçekleştirilecektir.. Şaşılık ameliyatı görmenin artması, göz tembelliğinin (= ambliyopinin) tedavisi veya gözlük camlarının numarasının düşürülmesi için yapılan bir ameliyat değildir. Eğer ameliyat öncesinde göz tembelliğinin tedavisi yapılıyorsa, bu tedavinin ameliyat sonrasında da doktorunuzun önerileri doğrultusunda devam etmesi gerekmektedir. Ameliyat sırasında genellikle genel anestezi kullanılmaktadır, ancak bazı hastalar için lokal anestezi yeterli olabilmektedir. Durumunuzun hangi tip anestezi için uygun olduğu yapılacak muayeneler sonucu belirlenecektir. Genel anestezi altında ameliyat olabilmeniz için sistemik açıdan engel bir rahatsızlığınızın olmaması gerekmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi bazı tetkikler yapılacak, anestezi veya dahiliye/çocuk hastalıkları uzmanları tarafından ameliyata onay verilecektir.

Ameliyat Başarı oranı: Şaşılık cerrahisinin başarı şansı yüksek olmasına karşın bazı hastalarda ikinci veya üçüncü kez ameliyat gerekebilir.

Ameliyatın Riskleri:

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. Ameliyat sonrası dönemde kızarıklık uzun sürebilir bunun nedeni kullanılan ameliyat ipliklerinin erimesinin geç olmasına bağlıdır. Bazen göz bebeğinin gözyaşı ile ıslanmamasına bağlı olarak korneada periferik çöküntü (dellen) oluşabilir ancak bunlar tıbbi tedavi ile giderilir.

Şaşılık ameliyatından sonra gözünüzdeki kayma aynı yöne veya ters yöne tekrarlayabilir, bu olasılık oldukça düşük olmakla birlikte tekrar tedavi olanağı bulunmaktadır.

Uygulanan işlem sonrasında gözlük takmaya devam etmeniz gerekebilir. Ameliyat sonrasında gözlük numaralarında ayarlama yapılması gerekebilir.

İyileşme sürecinde olası sorunlar: Yaklaşık 7-10 gün süren kızarıklık, batma, erişkinde çift görme

Genel riskler ve komplikasyonlar: Lokal ve genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda retrobulber iğne ile zedelenme, göz küresinin iğne ile delinmesi 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 kalp ritminde değişme, solunum sıkıntısı veya malign hipertermi gibi ciddi olabilecek riskler taşımaktadır.

Tedavi Olmazsanız: Bu ameliyat yapılmazsa, gözünüzdeki kayma ve / veya hareket kusurunun, ilaç veya gözlük tedavisiyle ya da kendiliğinden düzelmesi beklenmemektedir.



**T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ**

**ŞAŞILIK CERRAHİSİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

DOKÜMAN KODU	GZ.FR.5005
YAYIN TARİHİ	01.01.2023
REVİZYON NO	0
REV. TARİHİ	-
SAYFA NO	2 / 2

Onam Doğrulama :

Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan ameliyatının 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 : _____