



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

FUNDUS FLORESEİN ANJİYOĞRAFİSİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

DOKÜMAN KODU	GZ.FR.5003
YAYIN TARİHİ	01.01.2023
REVİZYON NO	0
REV. TARİHİ	-
SAYFA NO	1 / 2

Hasta Adı

Dosya No

Tarih / Saat

Değerli hastamız,

Gözünüze uygulanacak tetkik ile ilgili bilgi içeren ve yaşanması muhtemel riskleri (zararlı durumları) açıklayan bu form, okumanız ve formda yazanlarla ilgili sorularınızı hekiminize sormanız ve sonuç olarak bilgilenmiş olmanız amacı ile size verilmektedir.

Fundus flöresein anjiyografi neye yarar?

Flöresein özelliği olan boya koldaki yüzeysel toplardamarlardan verildikten sonra göz damarlarına geçer. Bundan sonra gözün retina ve koroid adı verilen tabakalarındaki damarların akım özellikleri, bütünlükleri, bu tabakaların ince detayları görülür. Bu yüzden;

- Şeker hastalığına bağlı anormal sızıntılara yol açan damarlarla seyreden retinopatilerde
- Damar tıkanıklıklarında
- Yaşa bağlı maküla bozukluklarında
- Retina damarlarındaki hastalıkların aydınlatılmasında kullanılır.

Gözde uygulanan bu anjiyografi tekniğinde radyoaktiviteye maruziyet söz konusu değildir.

Yöntem: Anjiyografinin çekilişi:

Hasta fundus kamera aletinin önüne oturtulur. Genellikle el üzerinden veya ön koldan yüzeysel bir toplardamardan daha önce size reçete edilmiş olan flöresein içeren ilaç enjekte edilir. Bundan sonra hastanın gözünü söylenen pozisyonlarda tutması önemlidir. Bu sırada hastanın her iki gözünden çok sayıda fotoğraflar çekilir. Film çekilirken özellikle erken dönemde hastanın uyumlu olmaması ve istendiği şekilde durmaması tetkikin düzgün olarak kaydedilmesini ve değerlendirilmesini zorlaştırabilir.

İşlemin Riskleri: Anjiyografinin yan etkileri:

İşlem sırasında gözü genişletmek için kullanılan damlalar 3 (üç) gün kadar bulanık görmeye neden olabilir. Bu yüzden hastalar bu sürede taşıt kullanmamalıdır ve mümkünse yalnız yolculuk yapmamalıdır. Ciltte ve idrarda flöresein boyaya bağlı sarımsı renk değişikliği birkaç gün sürer. Anjiyografiden sonra bir süre yapılacak olan bazı kan testlerinde karışıklık söz konusu olabilir.

Boya enjeksiyonundan 30 – 60 saniye kadar sonra hastaların % 2 – 4’ ünde geçici bulantı ve kusma olabilir. Bu sırada film çekildiği için hastanın derin nefes alarak kendini tutabiliyorsa bunu engellemesi film açısından önemlidir. Bulantı hissi geçicidir.

Çok nadiren bazı alerjik reaksiyonlar olabilir. Bu ani alerjik reaksiyonlar çok nadir görülseler bile ölümle sonuçlanabilir. Daha önceden benzer ilaç allerjiniz ya da çok alerjik bünyeniz varsa bu durumu mutlaka doktorunuza tetkikten önce bildirmeniz gerekir. Bu gibi hallerde tetkik iptal edilebilir veya uygun ön tedaviler verilebilir. Bununla birlikte beklenmeyen bir durumda da gerekli acil ilaç ve tedaviler uygulanır. Meme kanseri için mastektomi ve lenf nodu eksizyonu geçirdiyseniz diğer kolunuzu ilaç verilmesi için öneriniz.

Flöreseinin plasentaya geçtiği gösterilmemiştir, ancak özellikle gebeliğin ilk üç ayında kullanılmaması uygundur. Bu yüzden lütfen doktorunuzu gebeliğinizden haberdar ediniz.

Anjiyografi için hastanın bazı dâhili problemlerinin çözülmesi gerekmektedir. Doktorunuza tüm hastalıklarınızla ilgili bilgi vermeniz gerekir. Öncelikle böbreklerin ilaç süzme görevinde sorun olmaması gereklidir. Bu yüzden özellikle böbreklerinde problemi olan hastalarımızın tetkik öncesi dahiliye muayenesini tamamlamış ve dahiliye doktorlarının iznini almış olması beklenir.



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

**FUNDUS FLORESEİN ANJİYOĞRAFİSİ İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

DOKÜMAN KODU	GZ.FR.5003
YAYIN TARİHİ	01.01.2023
REVİZYON NO	0
REV. TARİHİ	-
SAYFA NO	2 / 2

Onam Doğrulama:

Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **FUNDUS FLORESEİN ANJİYOĞRAFİ** işleminin 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 : _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____