



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	GN.FR.1376
	YAYIN TARİHİ	06.08.2013
GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	00
	REVİZYON TARİHİ	--
	SAYFA NO	1/2

**KORNEAL /KORNEOSKLERAL SÜTÜR ALINMASI İÇİN
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Hasta Adı Dosya No Tarih / Saat

Tanı Hakkında Bilgi:

Meram Tıp Fakültesi 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 **KORNEAL(...)** / **KORNEOSKLERAL (...)** **SÜTÜR ALINMASI** işlemi önerilmektedir.

Bu girişim steril bir penset yardımıyla muayene odasında ya da ameliyathanede yapılabilir. Açılan ve iritasyon yaratan, gevşeyen ya da çok gergin korneal dikişler alınmaktadır. Anestetik damlayı takiben işlem gerçekleştirilmektedir. Takiben kısa bir süre antibiyotikli damla ve pomad kullanımı önerilmektedir.

Bu işlemler topikal anestesi ile veya koopere olmayanlarda genel anestesi altında yapılmaktadır. Genel anestezi entübe edilmeden sadece anestezi maddeler inhalasyon yolu ile verilerek sağlanmaktadır. Genel anestezi alacak olgular anestezi uzmanının onayı alındıktan sonra gerçekleştirilmektedir.

Tedavi Başarı Şansı ve Süresi:

Sütür alınması ile hasta ağrı ve batma hissinden kurtulur. İşlem süresi oldukça kısadır.

Tedavi Komplikasyonları ve Riskleri:

İşlem sırasında ya da sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Korneal apse 2. Yara yeri açılması 3.Endoftalmi

Tedavi Olmazsanız: 1. Yoğun ağrı, iritasyon ve sulanma 2. Korneal apse 3. Sütür reaksiyonu 4. Ön kamerada inflamatuvar reaksiyon



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DOKÜMAN KODU	GN.FR.1376
YAYIN TARİHİ	06.08.2013
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	2/2

Onam Doğrulama :

Sağ (.....) Sol (.....) gözüme uygulanması planlanan **KORNEAL(...)** / **KORNEOSKLERAL (...)** **SÜTÜR ALINMASI** 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 : _____