AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Göz Kapağı Estetiği (Blefaroplasti)

Bu belge, yüz yüze yapılan hekim bilgilendirmesini destekleyen bir taslaktır. Kişiye özel ameliyat planı ve riskler tamamlanmadan imzalanmamalıdır.

HASTA VE İŞLEM BİLGİLERİ

Adı soyadı: _____

Doğum tarihi: _____

Hasta / dosya no: _____

Bilgilendirme tarihi: _____

Sağlık kuruluşu / ameliyat yeri: _____

Planlanan işlem ve taraf/alan: _____

İşlemin kapsamı

Blefaroplasti, üst ve/veya alt göz kapağında deri, yağ ve gerektiğinde kas dokusunun düzenlenmesini amaçlar. Girişim üst kapak kıvrımından, kirpik altından veya alt kapağın iç yüzünden yapılabilir. Göz kuruluğu, göz hastalıkları, göz kapağı pozisyonu ve mevcut görme şikâyetleri ameliyat öncesi değerlendirilmelidir.

Amaç ve beklenen yararlar

Göz çevresi görünümünde düzelme ve uygun hastalarda üst kapaktaki deri fazlalığının azalması hedeflenir. Göz altı morlukları, kırışıklıklar veya göz kapağı asimetrisi tümüyle giderilemeyebilir.

Diğer seçenekler

Ameliyat olmamak; göz hastalıkları/görme alanı sorunları için ek değerlendirme; bazı yüzeysel şikâyetler için cerrahi dışı yöntemler.

İşleme özgü riskler

Kuruluk, batma, sulanma, bulanık görme, ışığa duyarlılık; göz kapağının tam kapanamaması (lagoftalmi); alt kapakta aşağı çekilme veya dışa dönme (retraksiyon/ektropiyon); kapak asimetrisi, iz ve yağ hacminde düzensizlik; geçici çift görme; enfeksiyon, kanama ve revizyon görülebilir. Göz çevresinde ciddi kanama çok nadiren görmeyi tehdit edebilir ve acil müdahale gerektirir.

Ameliyat sonrası bakım

Göz damlası/merhem ve soğuk uygulama talimatlarını izleyin; gözü ovuşturmayın. Ani görme kaybı, şiddetli göz ağrısı, hızla artan şişlik veya belirgin görme değişikliği acil değerlendirme gerektirir.

Hekime sorulabilecek sorular

Üst, alt veya her iki kapak mı planlanıyor? Göz kuruluğum operasyon kararını etkiler mi? Alt kapak pozisyonunu korumak için ek işlem gerekiyor mu?

Genel cerrahi ve anestezi riskleri

Her cerrahi girişimde kanama, hematom, enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, yara ayrılması, iz oluşumu, ağrı, uyuşma, şişlik, alerjik/ilaç reaksiyonları, pıhtı oluşumu (derin ven trombozu ve akciğer embolisi), anesteziye bağlı komplikasyonlar ve nadiren yaşamı tehdit eden sorunlar gelişebilir. Riskin düzeyi hastanın sağlık durumu ve uygulanacak yönteme göre değişir.

Riski etkileyen kişisel durumlar

Sigara/nikotin kullanımı, diyabet, hipertansiyon, kalp-akciğer hastalıkları, önceki ameliyatlar, kanama-pıhtılaşma bozuklukları, yara iyileşme sorunları, gebelik olasılığı, düzenli ilaçlar, hormonlar, bitkisel ürünler ve alerjiler hekime eksiksiz bildirilmelidir. Reçeteli ilaçlar hekime danışılmadan kesilmemelidir.

Beklentiler, ek tedavi ve maliyet

Kozmetik sonuçlar öznel ve bireyseldir. Asimetri, kalıcı iz, memnuniyetsizlik veya beklenmeyen iyileşme nedeniyle ek tedavi ya da revizyon gerekebilir. Revizyonun zamanı, uygunluğu, başarı olasılığı ve olası ek maliyeti ayrıca görüşülmelidir.

İyileşme ve uyarı belirtileri

Kontrolleri aksatmayın. Yüksek ateş, kötüleşen kızarıklık, cerahat, artan kanama, kontrol edilemeyen ağrı, ani nefes darlığı, göğüs ağrısı veya tek bacakta yeni şişme gibi belirtilerde acil tıbbi yardım alın. İşleme özgü acil belirtiler yukarıda ayrıca belirtilmiştir.

Alternatifler ve reddetme hakkı

Önerilen ameliyatı kabul etmeme, ikinci görüş alma ve işlemi başlamadan önce rızayı geri çekme hakkınız vardır. Estetik amaçlı bir işlemden vazgeçilmesi genellikle mevcut görünümün devamı anlamına gelir; fonksiyonel yakınmalar varsa bunlar ayrıca değerlendirilmelidir.

Görsel kayıtlar ve mahremiyet

Tedavi amaçlı klinik fotoğraflar ve tıbbi kayıtlar, ilgili mevzuat ve sağlık verisi gizliliği kuralları çerçevesinde yönetilmelidir. Eğitim, sosyal medya, reklam veya diğer kamusal kullanımlar bu cerrahi onamın kapsamında değildir; ayrıca ve açıkça izin alınmalıdır.

KİŞİYE ÖZEL PLAN VE RİSK NOTLARI (HEKİM TARAFINDAN DOLDURULUR)

Kesiler, teknik, taraf ve ek işlemler: _____

_____

Önemli ek hastalık / risk / alerji / ilaçlar: _____

_____

Anestezi türü ve tahmini ameliyat süresi: _____

_____

HASTA BİLGİLENDİRME VE KARAR KAYDI

İşlemin amacı, yöntemi, makul alternatifleri, ameliyat olmamanın sonuçları, yaygın ve önemli riskleri, beklenen iyileşme süreci ve acil başvuru belirtileri bana anlayabileceğim dilde açıklandı. Sorularımı sorma ve ikinci görüş alma fırsatım oldu. Sonucun garanti edilmediğini ve gerekirse ek tedavi veya revizyon

uygulanabileceğini anladım. İşlem başlamadan önce rızamı geri çekebileceğimi biliyorum.

[ ] Yukarıda kişiye özel olarak açıklanan girişimi kabul ediyorum.

[ ] Önerilen girişimi kabul etmiyorum / kararımı erteliyorum.

Hasta adı, soyadı ve imzası: _____

Tarih / Saat: _____

Bilgilendiren hekim adı, soyadı ve imzası: _____

Tarih / Saat: _____

Gerekliyse yasal temsilci / yakınlık derecesi ve imzası: _____

Tarih / Saat: _____

Gerekliyse tercüman adı, dili ve imzası: _____

Tarih / Saat: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı incelemesi gerektirir • Klinik kullanım onayı verilmemiştir