

Göz Kapağı Estetiği

Blefaroplasti

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Hastanın Adı Soyadı	T.C. Kimlik / Pasaport No
Doğum Tarihi	Bilgilendirme Tarihi / Saati

Sayın Hastamız,

Bu formun amacı, sağlığınıza ilgili konularda sizi bilgilendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Lütfen formu dikkatle okuyunuz; anlamadığınız noktaları imzalamadan önce hekiminize sorunuz.

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşuldaki ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hazırlanmıştır; ancak bütün tedavi şekillerinin tüm risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak hekiminiz size farklı ya da ek bilgiler verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra uygulamayı kabul etmek ya da etmemek sizin kararınızdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilir veya verdiğiniz onamı dilediğiniz zaman geri alabilirsiniz.

Blefaroplasti Nedir?

Üst ve/veya alt göz kapağından fazla deri ve kasın, gerektiğinde altta yer alan yağ dokusu ile birlikte alındığı veya yeniden düzenlendiği cerrahi bir girişimdir. Sarkık ve gevşek kapak derisinin görünümünü düzeltmeyi amaçlar; üst kapakları sarkan bazı hastalarda görme alanını genişletmeye yardımcı olabilir.

Blefaroplasti; göz kenarındaki kaz ayağı kırışıklıklarını, göz altındaki koyu halkaları ve düşük kaşı düzeltmez. Bu sorunlar için botoks, dolgu veya kaş kaldırma gibi farklı yöntemler gerekebilir.

İşlem Açıklaması

Ameliyat her hastanın ihtiyacına göre planlanır; yalnızca üst veya alt kapak ya da her ikisi için yapılabilir ve alın, kaş veya burun girişimleriyle birleştirilebilir. Ameliyattan önce kaşın konumu ve göz kapağı fonksiyonları değerlendirilir. Üst kapaktaki deri fazlalığının nedeni bazen kaşın düşmesidir; bu durumda kaşa yönelik girişimler de konuşulur. Var olan kapak asimetrisi ve ne ölçüde düzelebilecekleri size anlatılır.

Göz kapağı cerrahisi yaşlanma sürecini durdurmaz; ancak kapak bölgesindeki gevşemiş ve sarkmış görünümü azaltabilir. Ameliyat lokal anestezi, sedasyon veya genel anestezi altında yapılabilir. İşlem öncesinde makyaj temizlenir, karşılaştırma amacıyla fotoğraf çekilir ve gerekirse çizim yapılır.

İyileşme Süreci

- İşlem sonrasında kapakların üzerinde görmenizi engellemeyen bantlar olabilir. İlk gün sık aralıklarla, sonraki günlerde azalarak soğuk uygulama yapılması önerilir.
- Şişlik ve morluklar ilk 2 gün artabilir, 3. günden itibaren azalmaya başlar. İlk saatlerde bantlarda hafif sızıntı görülebilir; efor, öksürme ve hapşırmayı artırır.
- Dinlenirken başın birkaç yastıkla yüksekte tutulması ve ilk gün yumuşak gıdalarla beslenilmesi ödemi azaltır.

Göz çevresinde gerginlik, batma ve yanma basit ağrı kesicilerle geçer.

- Kesi hatlarında ilk haftalarda ince pembe bir çizgi görülebilir; göz köşesinde bu durum daha uzun sürebilir. Göz dış kenarının askıya alındığı durumlarda gözler ilk günlerde çekik görünebilir; bu durum giderek azalır.
- İlk haftalarda sabahları gözlerin şiş olması sıktır. Rüzgâr ve güneşe bağlı batma ve sulanma için güneş gözlüğü kullanılabilir.

Olası Riskler

- **Kanama:** Seyrek; olursa acil boşaltma gerekebilir. Kontrol altında olmayan yüksek tansiyon kanama riskini artırır. Kapak altındaki kanama iyileşmeyi geciktirebilir ve iz kalitesini etkileyebilir.
- **Enfeksiyon:** Genellikle beklenmez; gelişirse antibiyotik tedavisi veya cerrahi müdahale gerekebilir.
- **Görme kaybı:** Son derece nadirdir; göz içine veya göz arkasına kanama nedeniyle gelişebilir ve önceden kestirilemez.
- **İz (skar):** Genellikle iyi iyileşme beklenir; ancak belirgin iz, renk farkı veya dikişe bağlı küçük kistler oluşabilir. Ek tedavi gerekebilir.
- **Derin yapılarda hasar:** Damar, göz kasları ve sinirler etkilenebilir; geçici veya kalıcı olabilir.
- **Kuru göz:** Gözyaşı üretiminde kalıcı azalma nadiren görülür ve önceden kestirilemez. Önceden kuru göz yakınması olanlar bunu mutlaka belirtmelidir.
- **Ektropion ve kornea sorunları:** Alt kapağın göz küresinden uzaklaşması (ektropion) veya kapağın tam kapanmaması nadir görülür; düzeltmek için ek ameliyat gerekebilir.
- **Asimetri:** İnsan yüzü doğal olarak asimettiktir; ameliyat sonrasında iki taraf arasında farklılık olabilir.
- **Kirpik kaybı:** Alt kapakta geçici veya kalıcı kirpik kaybı olabilir.
- **Kronik ağrı ve alerjik reaksiyonlar:** Çok nadirdir.
- **Tatmin edici olmayan sonuç:** Beklentinizi karşılamayan görünüm, iz veya duyu değişikliği olabilir; nadiren ek ameliyat gerekebilir.
- **Uzun dönem etkiler:** Yaşlanma ve güneş etkisiyle göz kapağı görünümü zamanla değişir; ileride ek tedavi gerekebilir.

Anesteziye Bağlı Olası Riskler

Bölgesel veya genel (narkoz) anestezi sırasında kullanılan ilaçlara ve anestezi işleminin kendisine bağlı olarak bazı riskler ortaya çıkabilir. Anesteziye ait özel riskler konusunda anesteziyoloji uzmanı ile ayrıca görüşebilirsiniz. Bu riskler şunlardır:

- Akciğerin küçük alanlarında oluşabilecek sönmelere (atelektazi) bağlı akciğer enfeksiyonu riski; bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
- Ameliyat pozisyonuna bağlı olarak el ve ayakta geçici hareket kısıtlılığı ve güçsüzlük.
- Bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu). Pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve hayati tehlike oluşturabilir. Bu risk özellikle 50 yaş üstü hastalarda daha yüksektir.
- Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya inme (felç).
- Çok nadir de olsa anesteziye bağlı ölüm.
- Fazla kilolu ve sigara içen hastalarda yara yeri enfeksiyonu, göğüs enfeksiyonu, kalp-akciğer komplikasyonları ve pıhtılaşma riskinde artış.

Diğer Tedavi Seçenekleri

Size önerilen tedavi, muayene bulgularınız ve güncel tıbbi bilgiler değerlendirilerek planlanmıştır. Alternatif yöntemlerin de kendine özgü yarar, risk ve sınırlılıkları vardır; bunları hekiminizle ayrıntılı olarak konuşabilirsiniz.

İşlemin Yapılmaması Durumunda

Ameliyat yapılmazsa göz kapaklarındaki mevcut görünüm devam eder. Üst kapak sarkması görme alanını etkiliyorsa kaşlarınızı sürekli kaldırmaya bağlı alın kırışıklıkları artabilir.

Kullanılacak İlaçlar ve Yaşam Tarzı

Ameliyat sırasında ve sonrasında kullanılan anestezi ilaçları, antibiyotikler ve ağrı kesiciler dahil her ilacın kendine özgü yan etkileri olabilir; nadiren ciddi alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Kullanılacak ilaçların ne için verildiği, nasıl kullanılacağı ve olası yan etkileri size ayrıca anlatılacaktır.

Sigara kullanımı yara iyileşmesini geciktirir, enfeksiyon ve anestezi risklerini artırır ve sonucu olumsuz etkileyebilir. Ameliyattan önce ve sonra en az iki hafta sigara ve alkol kullanılmaması önerilir.

Gerektiğinde Bize Nasıl Ulaşabilirsiniz?

İşlem sonrasında beklenmeyen ağrı, giderek artan şişlik, ateş, kanama veya sizi endişelendiren herhangi bir durum olursa +90 542 338 86 61 ya da +90 542 255 52 86 numaralarından bize ulaşınız. Acil durumlarda en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz. İşlemi kabul etmeme kararınızı değiştirirseniz dilediğiniz zaman yeniden başvurabilirsiniz.

Hekimin Sizinle İlgili Bilmek İstedikleri

Güvenliğiniz için lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Emin olmadığınız bir soruyu hekiminizle birlikte doldurabilirsiniz.

- | | |
|--|--|
| 1. Kanama eğiliminiz var mı? (Örneğin küçük yaralanmalarda veya diş tedavisinde uzun süren kanama) | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 2. Vücudunuzda kolayca morluk oluşur mu veya ailenizde kanama bozukluğu var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 3. Kan sulandırıcı ilaç (örneğin aspirin) kullanıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 4. Bunların dışında düzenli kullandığınız ilaç var mı? Varsa hangileri: | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 5. Alerji, astım veya aşırı duyarlılığınız var mı? (Flaster, lateks, gıdalar, ilaçlar vb.) | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 6. Kalp veya akciğer hastalığınız var mı ya da kalp pili taşıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 7. Şeker hastalığı, yüksek tansiyon veya başka bir kronik hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 8. Tiroit hastalığınız var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 9. Takma dişiniz veya sallanan dişiniz var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 10. Son altı hafta içinde aşı oldunuz mu? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 11. Akut veya kronik bir enfeksiyon hastalığınız (hepatit, HIV, verem vb.) var mı? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 12. Sigara kullanıyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |
| 13. Kadın hastalar için: Gebelik olasılığınız var mı veya emziriyor musunuz? | ☐ Evet ☐ Hayır |

Açıklama / kullanılan ilaçlar:

Hasta / Yasal Temsilci Onam Beyanı

Tanı

Yapılacak tedavi / işlem

Uygunsa taraf bilgisi: ☐ Sağ ☐ Sol ☐ İki taraflı

Yapılacak tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmemeniz durumunda karşılaşılabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız bunu aşağıya el yazınızla belirtiniz.

- Hekimim hastalığım/durumum hakkında bilgi verdi; yapılacak işlemin ne olduğunu, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmadığını, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve işlemi kabul etmemem durumunda karşılaşılabileceğim durumları açıkladı. Bu konulardaki tüm sorularımı anlayabileceğim biçimde yanıtladı.
- Hekimimin yetkisi, gözetimi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.
- Gerektiğinde genel anestezi ve sedasyonun anesteziyoloji uzmanı veya sedasyon uygulamada yetkin bir hekim tarafından, lokal anestezinin hekimim tarafından uygulanacağı açıklandı.
- İşlem sırasında öngörülemeyen ve hayati risk oluşturan bir durum ortaya çıkması halinde, hekimimin gerekli gördüğü ek tıbbi müdahalelerin yapılabileceğini ve gerektiğinde kan ve kan ürünlerinin verilebileceğini anladım.
- İşlem sırasında çıkarılan doku ya da örneklerin gerektiğinde incelenmesine, saklanmasına veya imha edilmesine izin veriyorum.
- Uygulanacak işlemin mevcut durumumu iyileştirme garantisi olmadığını; tıpta ve cerrahide kesinlik bulunmadığını ve sonuçların kişiden kişiye değişebileceğini anladım.
- İstemediğim takdirde onam vermek zorunda olmadığımı ve verdiğim onamı işlem başlamadan önce geri alabileceğimi biliyorum.
- Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın ve işlem öncesi/sonrası fotoğraflarımın tıbbi takip, bilimsel ve eğitsel amaçlarla kullanılmasına izin veriyorum. (İzin vermiyorsanız bu maddenin üzerini çiziniz.)
- Aklım başımda ve karar verme yeterliliğine sahip olarak, yukarıda açıklanan tıbbi uygulamanın hekimim ve ekibi tarafından yapılmasına özgür irademle onam veriyorum.

İmzalar

Bu formun tüm sayfalarını okuduğumu, anladığımı ve yukarıdaki beyanları kabul ettiğimi bildiririm. Lütfen el yazınızla **"Okudum, anladım, onaylıyorum."** yazınız:

Hasta			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat
Hastanın Yasal Temsilcisi (gerekiyorsa)			
Adı Soyadı / Yakınlık Derecesi	İmza	Tarih	Saat
Yasal temsilciden onam alınma nedeni: ☐ Bilinci kapalı ☐ 18 yaş altı ☐ Karar yetisi yok ☐ Acil			
Şahit			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			
Adı Soyadı Op. Dr. Ayşe Öznur Akidil	İmza / Kaşe	Tarih	Saat
Tercüman (ihtiyaç halinde)			
Adı Soyadı	İmza	Tarih	Saat

18 yaşından büyük hastalarda onam hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastalarda hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşından küçük veya karar verme yetisi bulunmayan hastalarda ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden alınır. Bilgilendirme, 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği çerçevesinde yapılmaktadır.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği başta olmak üzere tıp derneklerinin hasta bilgilendirme dokümanlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.