

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

FLUORESZCEIN ANGIOGRAPHIÁS VIZSGÁLAT

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Fluoreszceinnel történő érfestéses vizsgálat
- A beavatkozás célja:** Az eddig elvégzett vizsgálatokkal kiderített szembetegségem további, még pontosabb megismeréséhez, illetve a kórisme eldöntéséhez, és a további kezelés helyes megválasztásához szükséges elvégezni az érfestéses (fluoreszcein angiographiás) vizsgálatot. Érfestés során a szem bizonyos ereinek keringése és állapota vizsgálható. Legtöbbször szemfenéki keringést vizsgálunk, de akár a szem elülső szegmense is vizsgálható.
- A beavatkozás menete, technikája:** Gyógyszergyár által gyártott, steril Fluoreszcein oldatot fecskendezünk a könyökhajlati vénába, majd ennek keringését, viselkedését sorozatfelvételeken rögzítjük erre alkalmas, speciális kamerával. A vizsgálatot ambuláns, ülve végezzük, ideje 1-10 perc. A hozzá szükséges előkészület: a szembogár szemcseppel való megtágítása, mely fennállása alatt (kb. 4-6 óra) homályosabb látást okoz azon a szemén. A beadott festék a szervezetbe nem épül be, nem alakul át; a vizelettel távozik 18-24 óra alatt. Az első 2-3 órában a hajszálereken áttűnve a bőrt sárgás árnyalatúvá teheti.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A vizsgálatnál együtt járhat enyhe émelygés, hányinger, esetleg hányás, mely gyorsan múlik. Ezek valószínűsége 1-2 %. 1-2 ezrelék esélye van annak, hogy viszketegség, kiütések jelentkezzenek, még ritkább esetben akár hirtelen szívleállás is kialakulhat.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Diagnózis felállításának és megfelelő kezelés megválasztásának akadályozása.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Jelenleg nincs ismert beavatkozás, amely a fluoreszcein angiographiás vizsgálatot teljes mértékben kiváltja.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelése során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.