

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.

ARGON-LASER PHOTOCOAGULATIO

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Ideghártyán alkalmazott lézeres beavatkozás.
- A beavatkozás célja:** Ideghártya lézerkezelésére olyan esetekben lehet szükség, amikor olyan elváltozást találunk a szemfenéken, amely további károsodáshoz vezethet. A beavatkozás célja nem a látásjavítás. Ilyen lehet cukorbetegség, illetve egyéb keringési elégtelenség miatt kialakult elváltozás, de akár szakadás, anyaghiány, vagy ehhez vezethető eltérés is igényelhet lézerkezelést. A lézerkezeléssel csökkenthetjük a retina oxigénigényét, ezzel visszaszoríthatjuk az érújdonképződést, de a kezeléssel megerősíthetjük a szövetek közti tapadást, ezzel csökkenthetjük az ideghártya-leválás kialakulásának esélyét.
- A beavatkozás menete, technikája:** Kontaktlencse felhelyezését követően a kezelendő területen lézergócokat alakítunk ki. A kezelés nem fájdalmas, de esetenként enyhe szűrő érzés jelentkezhethet a szemben a kezelés ideje alatt. Töröközegi eltérések (pl.: szürkehályog, üvegtesti vérzés) esetén a lézer gyengítve vagy egyáltalán nem éri el az ideghártyát, így ezek a kezelés hatékonyságát csökkentik. Előfordul, hogy a kezelést ismételni vagy kiegészíteni kell, erről orvosa kontrollvizsgálatok során fog dönteni.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Szaruhártya sérülés, gyulladás, vérzés, retina sérülés, retina elválás, átmeneti retina vízenyő, szemnyomás emelkedés, látásromlás, látótér szűküllet, kontrasztérzékenység csökkenés.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Ideghártya szakadása vagy egyéb lézeres kezelést igénylő elváltozásai esetén fokozott az ideghártya leválásának veszélye. Diabéteszes retinopátia, vénás érelzáródást követő ideghártya elváltozásai stb. esetén fokozódik az érújdonképződés esélye, ami további bevérzéseket, proliferatív kötegek megjelenését, ideghártya leválását vagy akár másodlagos zöldhályog kialakulását okozhat. A látásélesség akár véglegesen romolhat.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Ideghártya szakadásai esetén fagyasztás jöhet szóba, de ez ronszolóbb hatással bír. Érújdonképződéssel járó folyamatoknál anti-VEGF injekció szükséges lehet.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott betegtájékoztató:**

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 kezeléseim 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 kezeléseim 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.