

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

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.

## INTRAVITREÁLIS INJEKCIÓ ADÁSA

- 1. A betegség leírása:** Számos szemészeti betegségben szükséges az intravitreális, vagy más néven üvegtesti térbe történő injekció adása. Leggyakoribb esetben anti-VEGF hatású injekciót adunk be, amely a retina megbetegedései során kialakuló érújdonképződése és ödéma ellen hat. Számos esetben (pl.: nedves típusú időskori makuladegeneráció, diabéteszes retinopátia, vénás érelzáródás stb.) a szervezet megpróbál új ereket növesztetni, hogy javítson a retina csökkent oxigén- és tápanyagellátásán, de ezek az erek rendellenes szerkezetűek, könnyen megrepednek, további súlyos problémákat okoznak, emellett a retina ödémája fokozódhat. Ezek a folyamatok az úgynevezett VEGF-faktor hatására indulnak meg. Az anti-VEGF injekciót ennek a faktornak a csökkentése céljából adjuk. Más hatóanyagú intravitreális injekció beadására is szükséges lehet, ilyen lehet betegségtől függően antibiotikum, vagy akár szteroid tartalmú gyógyszer is.
- 2. A beavatkozás célja:** A szem belsejébe, az üvegtesti térbe gyógyszert tartalmazó injekciót adunk (intravitreális injekció). A beavatkozás célja a további látásromlás megakadályozása, a jelenlegi állapot konzerválása. Az esetek egy részében a látás mérsékelten javulhat. Az állapottól függően a kezelést több alkalommal kell ismételni. Az intravitreális injekció nem eredményez teljes és végleges gyógyulást, az alapbetegségtől függően később további látásromlás alakulhat ki.
- 3. A beavatkozás menete, technikája:** Az intravitreális injekciót megelőzően részletes szemészeti vizsgálat történik. Az injekciót helyi érzéstelenítésben, a kötőhártya és a szemhéj bőrének fertőtlenítését követően adjuk be. Az injekció beszúrása pillanatnyi, enyhe fájdalommal járhat. A beavatkozás néhány percet vesz igénybe. Ezt követően hazamehet, a későbbiekben normális, hétköznapi életét élheti. Az injekció beadását követően kezelőorvosa átadja Önnek az F-B-SZE-06. betegtájékoztatót, mely tartalmazza az injekció beadása utáni fontos információkat és a következő vizit időpontját.
- 4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Az intravitreális injekciók adását követően enyhébb panaszok viszonylag gyakran felléphetnek. Ezek az esetek többségében nem igényelnek kezelést. Enyhébb panaszok lehetnek átmeneti enyhe szemvörösség, szúrásérzés, úszkáló homályok észlelése. A ritka, súlyos komplikációk miatt további beavatkozásokra lehet szükség, a szövődmények következménye lehet a látás vagy a szem elvesztése. Az alkalmazott fertőtlenítők, gyógyszerek allergiás reakciót okozhatnak, amelyek extrém ritka esetben halált okozhatnak. Az allergiás reakciók gyakrabban alakulnak ki tudottan gyógyszer vagy egyéb anyagokra allergiás egyéneken. Kérjük ezért, ha ismert allergiája van, ezt a beavatkozás előtt feltétlenül közölje kezelőorvosával. Súlyos szövődmények lehetnek: szürkehályog képződés, retina leválás, a szembelnyomás emelkedése vagy éppen kórosan alacsony szembelnyomás, szaruhártya, szemlencse vagy retinasérülés, vérzés. Az intravitreális injekciót követően fertőzéses komplikáció is felléphet (endophthalmitis). Az endophthalmitis típusosan néhány nappal az intravitreális beavatkozás után alakul ki, kifejezett, nem csupán centrális látásromlás, szemvörösség, fokozódó tompa szemfájdalom a jellemzői. Az endophthalmitis kialakulásának kockázata 0,2%, azaz 500 intravitreális injekció közül 1 esetben következik be.
- 5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A látásélesség rohamos akár végleges romlása következhet be a természetes lefolyásnak megfelelően. A beteg elfogadja, hogy a beadott intravitreális injekciót teljes áron vásárolja meg az orvos által felírt receptre, annak ellenére, hogy a szemészeti klinikák részére az OEP térítésmentesen biztosíthatja azt a betegek számára. A gyógyszer ily módon történő beszerzését a mielőbbi kezelés megkezdése és kezelhetőség elfogadása indokolja.

Szemészeti Osztály

A betegnek tudomása van arról, hogy az éles látás megőrzéséhez, javuláshoz vagy a romlás leállításához több kezelés válik szükségessé.

6. **Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Az alapbetegségtől és az adott kezelési módtól függenek (egyéb intravitreális gyógyszerek, PDT, laser, műtét).
7. **Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
8. **Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

## 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 kezeléseim 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 kényszerből 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.