

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.

CHALAZION MŰTÉT

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Jégárpa ellenes műtét.
- A beavatkozás célja:** Chalazion - jégárpa - a szemhéj faggyúmirigyeinek krónikus gyulladása, mely kifejezett állapotban csak műtéttel gyógyítható. A szemhéjon kialakult jégárpa jelen állapotban konzervatív úton, gyógyszeres kezeléssel nem gyógyítható, ezért műtéti beavatkozás szükséges.
- A beavatkozás menete, technikája:** A műtét helyi érzéstelenítésben történik. Külső jégárpánál bőrmetszést, a belső árpánál kötőhártya metszést alkalmazunk, majd kis kanállal az árpa kocsonyás bennékét és az azt termelő tokot eltávolítjuk. A műtét során keletkező vérzést nyomókötéssel csillapítjuk. A beavatkozás után még helyi kezelés szükséges, a folyamat 2-3 hét múlva kis heg hátrahagyásával gyógyul.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Az érzéstelenítő injekció után a szemhéj, ill. a kötőhártya alávérzhet, gyulladás, kötőhártya vérzés, a kötés alatt szaruhártya hámsiány, szaruhártya gyulladás alakulhat ki, valamint szempilla vesztés, szemhéjszél egyenetlensége, belső harmadban kialakult jégárpa esetén az alsó vagy felső könnycsatorna sérülése fordulhat ritkán elő. A jégárpa kiújulása általában nem következik be, de arra való hajlam esetén a környező mirigyekben hasonló gyulladás felléphet. **Tudni kell, ha a már műtéttel kezelt jégárpa területében újabb tömött tapintatú elváltozás alakul ki, azonnal szakorvoshoz kell fordulni, mert ilyenkor mirigyrák lehetősége merül fel - szövettani vizsgálatot kell végezni.**
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Műtét elmaradása legtöbbször csak esztétikai problémákkal járhat, de súlyosabb esetben szemhéjfunkciók romlását ill. töröközegi problémákat okozhatnak.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Nem ismert.
- 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 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 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.