

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.

CERCLAGE

- 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Retina bedomborítása, „scleral buckling”.
- 2. A beavatkozás célja:** A bedomborítás része lehet a pars plana vitrectomianak, de önálló beavatkozás is lehet az ideghártya leválásának kezelésére. A célja, hogy a szem külső burkait azok összeszorításával, bedomborításával közelítsék és rögzítsék a levált belső réteghez.
- 3. A beavatkozás menete, technikája:** Kötőhártya felfejtését követően szemizmokat felkeressük, majd szemizmok alatt a szegolyó köré szorosan szivacs- vagy szilikongyűrűt rögzítünk fel, majd a kötőhártyát a helyére rögzítjük vissza. A műtét során szükség lehet egyéb beavatkozásokra, mint például az ideghártya fagyasztása a szakadás körül.
- 1. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Gyulladás, vérzés a szemben, az érzéstelenítő injekció beadása során a szegolyó és látóideg sérülése, szemhéjak véraláfutása, másodlagos szemnyomás emelkedés, a seb szétválása illetve megnyílása, varrat és szivacs-, szilikonkilökődés, látásromlás, hosszabb-rövidebb ideig fennmaradó kettős látás, ideghártya vizenyő, ismételt ideghártya leválás, a látóhártya felszínén redőződést okozó hártya (epiretinális membrán) alakulhat ki, látásromlás, és gennyes belső szemgyulladás, mely legsúlyosabb esetben a szegolyó eltávolítását is jelentheti. A műtét után szemüveg viselésére is szükség lehet. Sikeres műtét után több hónappal bekövetkezhet ismételt retinaleválás, amelyet további műtéttel lehet csak gyógyítani, és amelynek gyógyulási esélyei a jelenlegi betegségnél rosszabbak. Retinaleválás után a gyógyulás több hónapig tart, csak a műtét után fél évvel tekinthető biztosan gyógyultnak. Látásjavulás mértéke nem megjósolható, függ a retinán kialakult károsodásoktól, ill. a retinaleválás megszűnése nem jár minden esetben a látás tökéletes feljavulásával.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** További, akár végleges látásromlás, látásvesztés, szemnyomás emelkedése vagy csökkenése, látóhártya vagy érhártya leválása, további ideghártya károsodásai.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Betegségtől függően az alternatívák limitáltak. Retina leválása esetén ismertek még a pars plana vitrectomias, pneumoretinopexiás ill. egyéb technikák, ezek a retinaleválás típusának függvényében alkalmazhatók.
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. 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 kezeléseket 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.