

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.

CYCLOPHOTOCOAGULATIO CYCLOCRYOPEXIA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Sugártest lézeres vagy fagyasztásos destrukciója.
- A beavatkozás célja:** Emelkedett szemnyomás a retina sejteinek elhalásával további látásromláshoz, látásvesztéshez vezethet, de a betegnek további panaszokat (pl.: fájdalom, hányinger, hányás) okozhat. Amennyiben a szemnyomást nem tudjuk megfelelően konzervatív terápiával csökkenteni és a panaszok továbbra is fennállnak, szóba jön a sugártest destrukciója, ezzel csökkentve a csarnokvíz termelését. A látásélességet nem javítja.
- A beavatkozás menete, technikája:** Kötőhártya felfejtését követően az ínhártyán keresztül több lézeres/fagyasztásos gócot készítünk a szaruhártya szélével párhuzamosan. Kezelést követően a kötőhártyát visszavarrjuk. A beavatkozás nem fáj, viszont műtétet követően a fájdalom fokozódhat.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A műtét alatt és utáni lehetséges szövődmények a következők lehetnek: átmeneti steril szivárványhártya gyulladás, a szemnyomás átmeneti emelkedése, átmeneti kötőhártya ödéma és duzzanat; igen ritkán: vérzés a szem belsejében, az ínhártya körülírt sorvadása, a szemnyomás túlzott csökkenése, a szemgolyó sorvadása.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Szemnyomás nem csökken, akár fokozódik, ennek következményeképp a fájdalom, látásromlás fokozódik, esetleg látásvesztés alakul ki.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Alternatív kezelés a glaukóma típusától függ, amennyiben létezik alternatív kezelés, erről orvosa tájékoztatja.
- 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.