

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.

KERATOPLASZTIKA

- 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Szaruhártya átültetése.
- 2. A beavatkozás célja:** Látásélesség javítása. Bizonyos veleszületett vagy szerzett szaruhártya-elváltozások esetén a látásélesség csak donor szaruhártya átültetésével javítható. A szemet veszélyeztető eltérések pl.: szaruhártya perforációja esetén elsődlegesen a szem megmentése a cél, látásélesség javítása csak másodlagos. Betegségtől függően a donorból az összes, vagy csak bizonyos rétegek kerülnek átültetésre.
- 3. A beavatkozás menete, technikája:** A donor szaruhártya gondos kiválasztással történik. A donor szaruhártya olyan elhunytból származhat, aki nem szenvedett az átültetéssel átvihető fertőző betegségben (pl.: HIV, hepatitis, szifilisz), nincs a szem elülső szegmensében ismert tumoros elváltozás, nem szepszisben hunyt el, nem volt ismert a vérképző rendszer rákos megbetegedése, illetve a szaruhártyája durva sérülésmentes, sejtszáma megfelelő. Legtöbbször a beültetendő szaruhártyát speciális tárolófolyadékban tárolják akár több héten keresztül. Műtét során a beteg szaruhártyarészt részleges vagy teljes vastagságban eltávolítjuk, majd a donor szaruhártya korongot bevarrjuk. A varratok több hónapig, akár évekig a szemben maradhatnak, eltávolításáról a kezelőorvosa kontrollvizsgálatok folyamán dönt.
- 4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Gyulladás, vérzés a szemben, az érzéstelenítő injekció beadása során a szemgolyó és látóideg sérülése, szemhéjak véraláfutása, a szem egyéb részeinek sérülése (szivárványhártya, szemlencse), a szemgolyó tartalmának kiürülése, másodlagos szemnyomás emelkedés, a seb szétválása illetve megnyílása, varratelégtelenség, varratkilökődés, a beültetett szaruhártya életképtelensége, az idegen szaruhártya elleni kilökődési reakció, ideghártya vizenyő, ideghártya leválás, látásromlás, gennyes belső szemgyulladás, mely legsúlyosabb esetben a szemgolyó eltávolítását is jelentheti. A műtét után szemüveg viselésére is szükség lehet.
- 5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** További látásromlás, szemfájdalom, perforált elváltozások során a szem súlyos fertőzései és ennek szövődményei, további károsodásai.
- 6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Alternatív lehetőségek limitáltak, ritkán lézeres kezelés jöhet szóba. Perforáló elváltozásoknál terápiás kontaktlencse, amnionmembrán- vagy kötőhártyafedés végezhető el.
- 7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 8. 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.