

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.

ENUCLEATIO MŰTÉT

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** A szemgolyó egészének eltávolítása. mely után az operált oldalon teljes vakság alakul ki.
- A beavatkozás célja:** Enucleatio javasolt, ha: a szemben kialakult rosszindulatú daganat nagysága és/vagy elhelyezkedése miatt gyógyszerrel, sugárkezeléssel nem gyógyítható; nagyfokú áthatoló, roncsoló sérülés, amely esetében a szem rétegeinek sebszélei nem egyesíthetők; többször gyulladásban lévő, előzőleg sérült, operált, rosszul látó szem, mely a másik oldali ép szemet súlyos gyulladással veszélyezteti, vagy antibiotikus és gyulladáscsökkentő gyógyszerekre nem reagál; vak, fájdalmas szem, melynek fájdalma konzervatív úton nem csillapítható és a fájdalom megszüntetéséhez a szemgolyó művi eltávolítása szükséges.
- A beavatkozás menete, technikája:** Műtét során a szemgolyó eltávolítása, a külső egyenes szemizmok megtartása és egymással való egyesítése, majd a kötőhártyaseb zárása történik, így a kialakult műszem viselésére alkalmas kötőhártyaszak csökkent mozgóképessége kialakítható. A műtét altatásban, vagy helyi, vezetéssel érzéstelenítésben történik. Szövődmény nélküli esetben 7-10 nap után protézist (műszemet) illesztünk.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** műtét közben erős vérzés, a kötőhártya, a szemhéjak alávérzése, varratelégelenség, sebszétválás alakulhat ki. Műtétet követően gyulladás, vérzés, gyulladással granulációs szövet megjelenése, kötőhártya alatti cysta képződése, szemgödrisziáriszövet sorvadása, az implantátum kilökődése bekövetkezhet.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Daganatos elváltozások esetén a beavatkozás elmaradása akár életet veszélyeztető lehet. Fájdalmas szem esetén csillapíthatatlan fájdalom fennmaradása. Sérülések esetén súlyos fertőzések, ellenoldali szemmel fellépő autoimmun folyamatok kialakulása.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Az enucleatio abban az esetben jön szóba, ha már nem létezik alternatív kezelése a szembetegségnek, így más beavatkozási lehetőség nincs. Az enucleatio komoly megfontolást követően merül fel.
- 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 kezelések 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.