

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.

TUMOR ÉS EGYÉB ELVÁLTOZÁS ELTÁVOLÍTÁSA, SZEMHÉJ- ÉS EGYÉB FÜGGELÉKEK PLASZTIKÁJA

1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:

- A) Tumor és egyéb elváltozás eltávolítása szükség esetén rekonstrukcióval
- B) Rekonstrukció
- C) Revízió, kimetszés kiegészítése
- D) Entropium (szemhéj befordulása) ellenes műtét
- E) Ectropium (szemhéj kifordulása) ellenes műtét
- F) Blepharochalasis (szemhéj bőrének feleslege) ellenes műtét
- G) Pterygium (kúszóhártya) ellenes műtét
- H) Egyéb:.....

2. A beavatkozás célja: Eltávolítsuk az esetleges rosszindulatú elváltozásokat, lehetőségétől függően helyreállítsuk a szem és függelékeinek funkcióját, csökkentjük az esztétikai problémákat.

3. A beavatkozás menete, technikája: Az elváltozás kimetszése az ép szövetben történik. Amennyiben rosszindulatúság feltételezett, a kimetszés mély lehet, beavatkozást követően nagy bőr- és egyéb szöveti hiány alakulhat ki, további hiánypótlást igényelhet. Ez történhet szabad bőrátültetéssel, elcsúsztatott, elforgatott vagy áthelyezett nyeles bőrlebenyekkel; történhet egyidőben vagy későbbi műtét során. Kimetszést követően meggyőződünk, hogy a sebalap tiszta, elváltozástól mentes, de maradhatnak vissza az elváltozásból sejtek, amelyeket szabad szemmel nem látunk, ezért a kimetszett elváltozásról (típustól függően) szövettani vizsgálat készül. Amennyiben a minta széle nem mentes az elváltozástól, további kimetszést igényelhet. Felesleges, ép szövetet úgy metszünk ki, hogy a lehető legkevesebb szövetet távolítsunk el és a szem és függelékeinek funkciója ne károsodjon.

4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok: Vérzés, a környező bőrterületek alávérzése, varratelégelenség, gyulladás, szövetelhalás, szabálytalan szemhéjszél, pillák elvesztése és/vagy szabálytalan állása, tágabb vagy szűkebb szemrés, szemhéjzárási elégtelenség és következtében kialakuló szaruhártya kiszáradás, hámhiány, gyulladás, kötőhártya hegesedése miatt bekövetkező szemmozgás zavar. Műtét után hegesedés előfordulhat, ezért lehet, hogy a későbbiekben 3 hónap, fél év vagy egy év múlva kisebb kiegészítő műtét elvégzése szükségessé válik. Előfordulhat, hogy a műtéti terület tehermentesítése, vagy egyéb indok miatt a szemhéjak összevarrása szükséges és ezért a látás útjába átmeneti akadály kerülhet.

5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei: Amennyiben az elváltozás rosszindulatú, életet veszélyeztető állapotok is kialakulhatnak, szem és függelékeinek funkciója akár teljes mértékben is károsodhat. Szemhéjzárási elégtelenség esetén a szem kiszáradhat, begyulladhat, akár fekély is kialakulhat, ami a szem elvesztésével járhat. Gyermekek esetén a látást akadályozó elváltozások tompalátást is okozhatnak.

Folytatás a túloldalon!

6. **Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Elváltozás típusától és méretétől függ. Szemhéjállás és szemhéjzáródás elégtelenségeinél konzervatív kezelésként különböző ragasztási technikák jöhetnek szóba, illetve a szem lubrikálása, fedése, hogy a kiszáradást megelőzzük.
7. **Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
8. **Egyénre szabott betegtájékoztató:**

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 tájékoztató megértése alapján minden kényszerből 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.