

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.

PARS PLANA VITRECTOMIA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Üvegtesti műtét, üvegtest eltávolítása.
- A beavatkozás célja:** Leggyakrabban az üvegtesti közeg tisztítása, az ideghártya-leválás kezelése, epiretinális membrán eltávolítása, makulalyuk záródásának elősegítése, proliferatív folyamatok kezelése, a szemgolyóba került idegentest eltávolítása, mintavétel, de a beavatkozás más, szem belső részeit érintő eltérések során is szükséges lehet.
- A beavatkozás menete, technikája:** Vitrectomia során 23G, 25G, 27G nyíláson – melyet a szem pars planának nevezett részén ejtünk – keresztül eltávolítják az üvegtesti gélt, helyére betegségtől függően folyadék, gáz ill. szilikon olaj kerülhet. Legtöbbször az ideghártyán további manipuláció történik, ilyen lehet például annak a szemfenékre való visszafektetése, lézerezése, fagyasztása, különböző rétegeinek eltávolítása, szem bedomborítása. Beavatkozást követően később további műtetre lehet szükség, amennyiben a jobb gyógyulás érdekében nem felszívódó implantált anyagok kerültek behelyezésre (pl.: szilikon olaj). Vitrectomia módja tervezhető, de műtét közben az operáló orvos a körülményektől függően változtathat a felhasználandó anyagokról és a kivitelezés módján, hogy a lehető legjobb eredményt érje el.
- 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 szaruhártya elszürkülése, szürkehályog képződés, szemlencse sérülése, másodlagos szemnyomás emelkedés, a seb szétválása illetve megnyílása, varratkilökődés, ideghártya vizenyő, ideghártya sérülés, ideghártya leválás, látásromlás, és gennyes belső szemgyulladás, mely legsúlyosabb esetben a szemgolyó 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, ill. a retinaleválás megszűnése nem jár minden esetben a látás tökéletes feljavulásával.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** További, akár végleges látásromlás, látásvesztés, szemnyomás emelkedése vagy csökkenése, látóhártya vagy érhártya leválása, további ideghártya károsodásai.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Betegségtől függően az alternatívák limitáltak. Retina leválása esetén ismertek még a bedomborításos, pneumoretinopexiás ill. egyéb technikák, ezek a retinaleválás típusának függvényében alkalmazhatók. Üvegtesti vérzés spontán felszívódhat.

Folytatás a túloldalon!

7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

8. Egyénre szabott betegtájékoztató:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ 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 kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyző nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyző 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.