

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L
Ektropium elleni (a szemhéj id skori kifelé fordulása) m tét végzéséhez

Alulírott #!NEV;, #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

Tanúsítom, hogy engem dr _____ az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhető (megfelel rész aláhúzandó): **a szemhéj id skori kifelé fordulása.**

1. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék:
 - **Az eljárás célja:** A köt szövet id skori ellazulása miatt szabálytalanul kifelé forduló szemhéj állásának helyre állítása m tégi úton.
 - **Az eljárás technikája:** az esetleges vérhígító kezelés (pl. Syncumar) csökkentése, vagy felfüggesztése után, a m tét helyi érzéstelenítésben (érezéstelenít injekció) történik. A szemhéj pillavázából és b réb l sebési metszésekkel a rendellenes állást okozó ellazult szövetek megfelelő irányú eltávolításával az anatómiai helyzet rendezése.
A m tét éjszakáján fájdalom jelentkezhet, erre szokásos fejfájás elleni gyógyszerét beveheti és emellett szemken cs szemrésbe helyezése és kötés javasolt.
A m tét után 6-8 nappal a behelyezett varratokat eltávolítják.
 - **Az eljárás esetleges veszélyei és ezzel kapcsolatos tapasztalatok:** az érzéstelenít injekció beadásakor és a m tét során gyakran bevérzés keletkezik a szem körüli b rterületen, ami 1-2 hét alatt felszívódik. Ritka szöv dmény a m tégi terület fert z dése: fájdalom, gyulladás és váladékozás esetén mielőbbi szemészeti kontroll szükséges. A szabálytalan szemhéj állás néha kiújul, ami miatt újabb m tét válhat szükségessé.
 - **Az ektropium m tét elmaradásának esetleges veszélyei és más lehet ségek:** a szemhéj tartós kifelé fordulása könnyezést, szemgyulladást, szem szárazságot, esetleg súlyosabb szem felszíni betegséget, s t, elhanyagolt esetben akár szem elvesztését okozó súlyos fert zést is okozhat. A betegség végleges megoldása csak m téttel lehetséges, átmenetileg helyi kezelés enyhíti a panaszokat.
2. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetér l és céljáról, a várható el nyökr l és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módzatairól **megfelel tájékoztatást kaptam.** Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
3. A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek.**
4. Tudomásul veszem, hogy a m tét, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
5. Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l fénykép vagy videofelvétel készülnék azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
6. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felel s személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
7. Tudomásul veszem, hogy az **egészségi állapotom indokolt szakszer ellátás érdekében** m tétet vagy rajtam végzend beavatkozást a vezet f orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény el írásainak figyelembevételével.
8. A kapott tájékoztatást elegend nek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtét, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

Dátum: #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

a tájékoztató orvos aláírása beteg, törvényes képviselő vagy

meghatalmazott hozzátartozó aláírása