

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L
szürkehályog (cataracta) 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): **szürkehályog**.

1. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék:

- **Az eljárás célja:** A szürkehályog által okozott látásromlás m tégi úton történő megszüntetése.
- **Az eljárás technikája:** negatív belgyógyászati és laborvizsgálatok után, a m tét helyi érzéstelenítésben (érezéstelenít injekció vagy csepp), szükség esetén altatásban történik. Mikrosebészeti módszerrel (ultrahanggal és/vagy kézi m szerekkel) eltávolítják az elszürkült szemlencsét a hátsó tok épen hagyásával. A kitisztított tokba szövetbarát m anyag lencsét ültetnek, majd kötést helyeznek a szemre. A beültetendő m lencse dioptriája, típusa elzetes vizsgálatok, mérések során kerül meghatározásra. Alapesetben a lencse dioptriáját úgy tervezik, hogy szobában, jó megvilágításnál szemüveg nélkül éles legyen a látás. Olvasáshoz, autóvezetéshez valószínűleg új szemüvegre lesz szükség, amit a m tét után egy hónappal érdemes leghamarabb felíratni.
- **Az eljárás esetleges veszélyei és ezzel kapcsolatos tapasztalatok:** az érzéstelenít injekció beadásakor ritkán bevérzés keletkezhet a szemgödörben, ami miatt a m tét elhalasztása szükséges. M tégi nehézségek, vagy egyéni sajátosságok miatt el fordulhat a hátsó tok vagy a tokot tartó rostok sérülése. Emiatt üvegtestvesztés, vagy lencserészek üvegtesti térbe kerülése fordulhat el, ilyen esetekben m lencsét nem mindig lehet beültetni a m tét során. Az említett szövedmények m tététechnikailag legtöbbször jól megoldhatók, a végleges látásélességet ritkán befolyásolják, de gyakoribb kontroll vizsgálatokra és újabb m tésre lehet szükség.

Az ideghártya leválása is jelentkezhet későbbi szövedményként. Ilyen esetben a retina m tégi megoldással visszafektethető az alapjára. (Ennek a rövidlátóknál nagyobb a kockázata.) Szemfenéki elváltozások az elszürkült lencse miatt nem mindig láthatók, így el fordul, hogy egyéb betegség miatt a látás javulása elmarad a várttól. Ez legtöbbször az idős kori sárgafolt degeneráció esetében fordul el.

Igen ritka, súlyos szövedmények: 1.: expulzív érhártya vérzés. 2.: súlyos szemben belüli fertőzés (endophthalmitis). A szövedmények lehetősége miatt kérjük, hogy a látás hirtelen megromlása, megváltozása, vagy erős szemfájdalom esetén haladéktalanul hívja fel szemorvosát, vagy jelentkezzen vizsgálatra.

- **A szürkehályog m tét elmaradásának esetleges veszélyei és más lehetőségek:** a gyógyítás csak m téttel lehetséges, amíg ez nem történik meg a látás egyre romlik. A hályog túlérése súlyos gyulladást okozhat.
- **Speciális m lencsék:** Egyéni igények, speciális helyzetek különleges m lencsék beültetését tehetik szükségessé, melyekről részletes információt a m tétet végző orvostól lehet kérni. A szokásosan alkalmazott m lencse típusoktól eltérő (a beteg által beszerzett) speciális m lencse beültetésére vonatkozóan tájékoztatjuk, hogy ilyenkor a m tét NEAK felé történő elszámolása a m lencse nélkül történik és költség visszatérítésre (a térített és nem térített lencsék árkülönbsége miatt) sem a kórház, sem az NEAK részéről nincs mód.

A m lencsetervezés pontossága (méréstechnikai okokból) ± 1 dioptria.

2. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható elnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elvigyázatosság ellenére adódó szövedmények lehetőségeiről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módjairól **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 menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek 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 – felelős 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 szakszerű ellátás érdekében** a tétemet vagy rajtam végzendő beavatkozást a vezető orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény előírásainak figyelembevételével.
- 8 A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a tétemet, 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: #!AKT DATUMHONAPNEVVEL;

a tájékoztató orvos aláírása a beteg, törvényes képviselő vagy

meghatalmazott hozzátartozó aláírása