
	<b>Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet</b> <b>a</b> <b>Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza</b> H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. <b>Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.</b>	
	<b>Szemészet Osztály</b> <b>Osztályvezető: Dr. Imre László</b> Tel: [36-1] 432-7714      www.bajcsy.hu Fax: [36-1] 432-7714	

## CYCLPHOTOCOAGULATIO, CYCLOCRYOPEXIA

**Jobb szem**

**Bal szem**

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében cyclophotocoagulatio / cyclocryopexia beavatkozás elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. A Szemészeti Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdéseire, melyeket megválaszol.

**Beteg neve**..... **TAJ:**    -    -

**Születési idő:**     .   .

### 1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

*Magas szemnyomás*

*A magas szemnyomás a látóidegrostok pusztulásához vezethet, mely folyamat visszafordíthatatlan.*

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

*A cyclophotocoagulatio és a cyclocryopexia*

*A műtét általában helyi érzéstelenítésben (érzéstelenítő szemcseppek és/vagy injekció), szükség esetén altatásban zajlik.*

*A fenti két beavatkozás során a csarnokvíz termelésért felelős szövetek fagyasztásos elpusztítását (cyclocryopexia) vagy lézeres elpusztítását (cyclophotocoagulatio) végezzük, amely azért szükséges, mert egyéb módon a szemnyomás nem csökkenthető.*

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

*A beavatkozás célja - az egyéb módon nem csökkenthető - szemnyomás normalizálása. A beavatkozás nem javítja meg a látást.*

### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

#### 4.1. A beavatkozás közben fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

*A beavatkozás közben a kötőhártya és/vagy szaruhártya sérülése alakulhat ki. A kötőhártya átmeneti duzzanata gyakori. A fenti következmények/szövődmények általában szemcseppek használata mellett elmúlnak. A helyi érzéstelenítő injekció bevezését (5-25%), gyulladást (1-2%), allergiás reakciót okozhat (0,01-0,1%), amely életveszélyes is lehet, akár halálhoz is vezethet. Altatásban történő műtét esetén a helyi*

érzéstelenítés okozta lehetséges kockázati tényezők ugyan nincsenek, helyettük egyéb általános, az altató orvos által felsorolt szövődmények fordulhatnak elő.

#### **4.2. A beavatkozás után fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények**

A beavatkozás után az alábbi következmények és szövődmények állhatnak elő: átmeneti steril szivárványhártya gyulladás (1:5), a szemnyomás átmeneti emelkedése (1:5) átmeneti kötőhártya ödéma és duzzanat (1:2); igen ritkán: vérzés a szem belsejében (<1:100), az ínhártya körülírt sorvadása, a szemnyomás túlzott csökkenése, a szemgolyó sorvadása (<1:100)

### **5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI**

#### **5.1. A beavatkozás előtti történések**

A beavatkozás A) vezetéssel (a szem mellé adott injekcióval történő) érzéstelenítésben, B) altatásban történik. Mindkét esetben a beavatkozás előtt érzéstelenítő szemcseppeket fog kapni. Amennyiben a beavatkozás altatásban történik, úgy az altatóorvos az altatás módjáról és annak esetleges szövődményeiről tájékoztatni fogja.

#### **5.2. A beavatkozás utáni történések**

A beavatkozást követően a szemgolyóra sok esetben védőkötést helyezünk. A beavatkozást után, kontrollvizsgálatot végzünk, és amennyiben a beavatkozás a vizsgálati eredmények alapján elérte a célját, úgy otthonába bocsájtjuk. A beavatkozás után gyulladásgátló és szemnyomáscsökkentő szemcseppeket fog kapni, amelyeket a beavatkozást végző orvos utasításai szerint kell használnia. A szemet nem szabad megdörzsölni!

Egyes tünetek esetén azonnali kezelésre van szükség. Azonnal menjen a műtétet végző intézménybe, ha a következőket észleli:

- Erős fájdalom
- Látásromlás
- A szem fokozódó vörössége

#### **5.3. Életmódbeli változások a beavatkozás után, várható következmények**

A lézerkezelést követő 1 hétben nyugodt, pihentető életmód javasolt. Szemészeti ellenőrző vizsgálatra a kezelést végző szemorvos utasításának megfelelően kell elmenni.

### **6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

Amennyiben a műtét elmarad, a műtéti kockázatot ugyan elkerüli, de a magas szemnyomás továbbra is kifejti károsító hatását. A hosszú ideig fennálló emelkedett szemnyomás a látóidegrostok pusztulásához és a látás fokozatos romlásához, esetleges elvesztéséhez vezethet.

### **7./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

A fenti beavatkozást azért szükséges, mert egyéb módon (szemcseppek, lézerkezelés, filtrációs műtét) a szemnyomás nem csökkenthető.

### **8./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA**

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító

beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam.

Az orvos kiegészítése:

.....  
.....  
.....

Budapest, ..... év .....hó ..... nap .....óra .....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

### 9./ BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, ..... év .....hó ..... nap .....óra .....perc

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

### 10./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes

jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, ..... év .....hó ..... nap .....óra .....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzá tartozó  
aláírása

Tanúk:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....