
	<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	

## SZEMFENÉKI ÉRFESTÉSES VIZSGÁLAT (FLUORESZCEIN ANGIOGÁFIA)

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önrel egyeztetett kivizsgálása alapján a szemfenéki érfestéses vizsgálat (fluoreszcein angiográfia, rövidítve FLAG) 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 kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

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

**Születési idő:**     .   .

### 1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

A fenti beavatkozás a szemfenék egyes kóros állapotaiban olyan információkat adhat, amik a szemfenék egyéb vizsgálmódszereivel nyert információkat kiegészítik. Erre több betegség esetén szükség lehet: pld. cukorbetegség okozta szemfenéki elváltozások, időskori látóhártya elfajulás, szemfenéki keringési zavarok, szemfenéki anyajegyek és daganatok.

### 2./ A VIZSGÁLAT JELLEGE, ISMERTETÉSE

A fenti beavatkozás lényege: a könyökvénába beadott fluoreszcein oldat a keringéssel eljut a szemhez és ott megfelelő fényképezési technikával megjeleníthető.

### 3./ A VIZSGÁLAT CÉLJA

Ezzel a vizsgálattal lehetőség van olyan elváltozások, folyamatok kimutatására, amelyek egyéb módon nem lennének vizsgálhatók.

### 4./ A VIZSGÁLAT LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

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

A beavatkozás során és az azt követő időszakban szövődmény léphet fel, amelyek az Ön esetében a következők lehetnek: átmeneti hányinger, hányás, a kontrasztanyag beadási helyénél vénás gyulladás, allergiás reakció különböző súlyossági formái, amely enyhe bőrvizketéstől és kiütéstől kezdve a gégevizenyőn keresztül akár a keringés leállásáig is vezethet.

Ezek a szövődmények ritkák, és ha fel is lépnek, ez esetek többségében nem súlyosak, megfelelő kezeléssel legyőzhetők. Lehetnek azonban súlyosak, életveszélyesek is, és akár halálhoz is vezethetnek.

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

A beavatkozást követően természetes, hogy a bőr (esetleg a szemféhére is), és a vizelet is átmenetileg sárgásan elszíneződik. A pupilla kitágítása miatt átmenetileg homályos a látás.

A kontrasztanyag beadási helyénél vénás gyulladás alakulhat ki. Allergiás reakció különböző súlyossági formái a vizsgálat után is felléphetnek, amelyek enyhe bőrvizketéstől és kiütéstől kezdve a gégevizenyőn keresztül akár a keringés leállásáig is vezethetnek.

A pupilla (szembogár) kitágítás következtében átmenetileg megemelkedhet a szemnyomás. Ritkán ez tartósan megmarad, a szembogár nem szűkül vissza a kezelést követő néhány órán belül, szemfájdalom, szem környéki fájdalom, fejfájás jelentkezhet. Ilyen esetben haladéktalanul jelentkezzen Osztályunkon!

## 5./ A VIZSGÁLAT KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

### 5.1. A vizsgálat előtti történések

A pupilla (szembogár) kitágítása szemcseppel. Véna biztosítása a karban.

### 5.2. A vizsgálat utáni történések

A vizsgálat után átmeneti megfigyelés szükséges.

### 5.3. Életmódbeli változások a vizsgálat után, várható következmények

A beavatkozást követően természetes, hogy a bőr (esetleg a szemfehérje is), és a vizelet is átmenetileg sárgásan elszíneződik. A pupilla kitágítása miatt átmenetileg homályos a látás.

## 6./ A VIZSGÁLAT ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Amennyiben a vizsgálat elmarad, a vizsgálat kockázatait ugyan elkerüli, de olyan elváltozások rejtve maradhatnak, amelyek egyéb módon nem lennének kideríthetők.

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

A szemfenék bizonyos kóros elváltozásai esetén más módszerrel is nyerhetők kiegészítő információk a szemfenék vizsgálathoz képest, ezek azonban nem ugyanazok, mint amiket a fluoreszcein angiográfia (érfestéses szemfenék vizsgálat) közvetít nekünk.

## 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 megválasoltam. 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 betegséggemmel, 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 belegegyezésem 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/hozzátartozó  
aláírása

Tanúk:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....