
	<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	

## JÉGÁRPA ELTÁVOLÍTÁS

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében a

jobb/bal

alsó/felső

szemhéjon jégárpa eltávolítás 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 jégárpa (chalazion) a szemhéj mirigyének idült gyulladása, kifejezett jelen állapotában konzervatív úton, gyógyszeres kezeléssel nem gyógyítható, ezért műtéti beavatkozás szükséges.

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A műtét általában helyi érzéstelenítésben (érzéstelenítő szemcseppek és injekció) zajlik és 5-10 percnél nem tart tovább. Külső jégárpánál bőrmetszést, a belső árpánál kötőhártya metszést alkalmazunk, majd kis kanállal az árpa kocsonyás bennékét és az azt körülvevő tokot eltávolítjuk.

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A szemhéj mirigyeki idült gyulladásának megszüntetése a gyulladással folyamat során felhalmozódott kocsonyás anyag és azt körülvevő tok eltávolításával.

### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

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

Előfordulhat, hogy a műtét közben talált vagy kialakult helyzet miatt az eredeti műtéti tervtől el kell térni. Kiegészítő műtét vagy egyes szövődmények miatt más műtét is szükségessé válhat.

A helyi érzéstelenítő injekció bevezését, gyulladást, allergiás reakciót okozhat, amely életveszélyes is lehet (<0.1%), akár halálhoz is vezethet. A műtét során a kötőhártya, illetve a szaruhártya megsérülhet(<1%).

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

Gyulladás, vérzés a kötés alatt szaruhártyán hámszárazság, ritkán szaruhártya gyulladás (1%). A kezelt jégárpa kiújulása általában nem következik be, de arra való hajlam esetén a környező mirigyekben hasonló gyulladás felléphet. Előfordulhat, hogy a beavatkozás után is fennmarad, illetve fokozódik a gyulladással állapota (<10%).

A fenti szövődmények ritkák, és ha fel is lépnek, gyakran nem súlyosak, megfelelő kezeléssel legyőzhetők, de lehetnek azonban súlyosak, és akár a látás, vagy a szem elvesztését eredményezhetik.

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

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

A szemhéjak fertőtlenítő oldattal történő lemosása, helyi érzéstelenítő injekció beadása.

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

Antibiotikumot és gyulladáscsökkentőt tartalmazó kenőcs alkalmazása, kötés felhelyezése.

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

A kötés a műtétet követő nap reggelén eltávolítható. A beavatkozás után még helyi kezelés szükséges, a folyamat 2-3 hét múlva kis heg hátrahagyásával gyógyul. Nincs szükség életmódbeli változásokra.

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

Amennyiben a műtét nem történik meg, az árpa akár hónapokig is fennállhat, helyi irritációt, a szemhéjduzzanat miatt látásromlást, esetleg a szemhéj hibás állását okozva.

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

Nem ismeretes egyéb, hatékony eljárás az árpa eltávolítására.

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

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kiterve 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 megválasztottam. 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/hozzátartozó  
aláírása

Tanúk:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....

