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

KANCSALSÁG ELLENES MŰTÉT

Jobb szem

Bal szem

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **kancsalság ellenes műtét** 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

KANCSALSÁG

Kancsalságról akkor beszélünk, ha a két szem nézővonala nem találkozik a fixált pontban, a szemek nézővonalai a távolba tekintve nem párhuzamosak, hanem szöget zárnak be.

2./ A MŰTÉT JELLEGE, ISMERTETÉSE

A tervezett beavatkozás az Ön esetében

- helyi érzéstelenítésben
- általános érzéstelenítésben (altatásban)

tervezzük.

A fenti műtét lényege: a szemizmokon végzett műtét, a megfelelő izmok nyújtásával, rövidítésével, ill. áthelyezésével.

3./ A MŰTÉT CÉLJA

A kancsalság megszüntetése, a két szem nézővonalának párhuzamos helyzetbe hozása, ezzel a kétszemes együttlátás kialakulásának feltételeinek biztosítása.

4./ A MŰTÉT LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

4.1. A műtét közben fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

A műtét során számos **szövődmény** léphet fel, amelyek az Ön esetében a **következők lehetnek**: 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. Ezek a szövődmények ritkák, és ha fel is lépnek, általában megfelelő kezeléssel legyőzhetők.

4.2. A műtét után fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

A műtétet követő időszakban (akár évekkel később is) számos **szövődmény** léphet fel, amelyek az Ön esetében a **következők lehetnek**: a műtétet követően átmeneti (10%) vagy tartós (1%) kettős látás alakulhat ki, amely további kezelést tehet szükségessé. Előfordulhat a kötőhártya alávérzése (40%), duzzanata, a kötőhártya sebének megnyílása (5%), kötőhártyaciszta kialakulása, a kötőhártya sebének heggel járó gyógyulása vagy a felszín egyenetlensége, vérzés az operált izom állományában (3%), a szemgolyó elülső részének a csökkent keringésből eredő károsodása (0,01%), varratkilökődés, a szemgödör szöveteinek gyulladása (0,6%) és gennyes belső szemgyulladás (0,004%), mely legsúlyosabb esetben a szemgolyó eltávolítását is szükségessé teheti.

A műtét a látást nem javítja meg, a tompalátás elleni küzdelem gyermekkorban további kezelést (szemüveg viselése, takarás stb.) igényel. A felnőttkorban végzett műtétnek csak kozmetikai jelentősége van, ilyenkor a tompalátás egyéb eszközökkel sem korrigálható. Nem garantálható, hogy a műtét után párhuzamos szemállás fog kialakulni, és az is előfordulhat, hogy a műtétet követően kialakult jó szemállás később a műtét előtti helyzetébe, vagy ahhoz közelibe térhet vissza.

Ezek a szövődmények ritkák, és ha fel is lépnek, általában megfelelő kezeléssel legyőzhetők. Lehetnek azonban súlyosak, életveszélyesek is, és akár a látás vagy a szem elvesztését eredményezhetik, sőt ritkán halálhoz is vezethetnek.

5./ A MŰTÉT KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

5.1. A műtét előtti történések

Érzéstelenítő szemcseppek alkalmazása.

A műtégi terület fertőtlenítése, izolálása.

Amennyiben a műtét nem altatásban történik, a szem mellé érzéstelenítőt kap injekció formájában.

5.2. A műtét utáni történések

A műtétet követően átmenetileg az operált szemem kötést kell viselni, és gyulladáscsökkentő szemcseppet kell használni.

5.3. Életmódbeli változások a műtét után, várható következmények

A műtét után átmeneti ideig kímélő életmód válhat szükségessé, ezután a normál életvitel folytatható, de továbbra is rendszeres szemészeti ellenőrzés, gondozás szükséges.

6./ A MŰTÉT ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Amennyiben a műtét elmarad, a műtégi kockázatot ugyan elkerüli, de a kancsalság megmaradhat. A műtét későbbre tolódása esetén a műtétől funkcionális javulás már kisebb eséllyel várható.

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

A kancsalság kezelésére az ön esetében a szemizmokon történő műtéten kívül más lehetőség intézményünkben nem elérhető.

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 betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegségemet 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, évhó napóraperc

..... adó orvos aláírása beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása	felvilágosítást
-----------------------------	---	-----------------

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: