
	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	

SZARUHÁRTYA ÁTÜLTETÉS (KERATOPLASZTIKA)

Jobb szem

Bal szem

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében oldali szaruhártya átültetés (keratoplasztika) 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 Önnel 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

Szaruhártya átültetés általában olyan szaruhártya betegségek esetén indokolt, amikor más módon nem tehető optikai szempontból megfelelő állapotúvá a szaruhártyát, vagy bizonyos szaruhártya folyamat nem gyógyul megfelelő mértékben, vagy a szaruhártya kilyukadással fenyegető folyamata áll fenn, esetleg már ki is lyukadt a szaruhártya. A szaruhártya átültetést leggyakrabban indokoló betegségek az alábbiak: keratoconus, egy régebbi transzplantátum elégtelensége, szaruhártya elfajulás különböző formái, a szaruhártya visszafordíthatatlan vizenyője, szaruhártya hegek és homályok, szaruhártya fekélyek, kémiai sérülések, szaruhártya degenerációk, sérülés, egyéb okok miatti átlátszatlan szaruhártya.

2./ A MŰTÉT JELLEGE, ISMERTETÉSE

A beteg szaruhártyájának egy részét – ez legtöbbször teljes vagy részleges vastagságú, 7-8,5 mm átmérőjű kerek terület (de lehet más méretű és alakú is) – egy idegen szaruhártya megfelelő alakú és méretű korongjával vagy lemezével cseréljük ki.

3./ A MŰTÉT CÉLJA

A beavatkozás célja lehet a szaruhártya optikai állapotának javítása / átlátszó szaruhártya létrehozása / a szemgolyó zárttá tétele / a szaruhártya kilyukadásának megelőzése / bizonyos kóros folyamatok megszüntetése.

4./ A MŰTÉT LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

A szaruhártya átültetés nem kockázatmentes beavatkozás, de az Ön esetében a műtéttel járó kockázat arányban áll a várható eredménnyel. Az esetleges szövődmények általában ritkák és nem súlyosak, jól

kezelhetőek, de előfordulnak súlyos szövődmények is, melyek akár a látás, vagy a szemnek az elvesztését is eredményezhetik, sőt ritkán halálhoz is vezethetnek.

A műtét közben talált, vagy kialakult helyzet miatt az eredeti műtéti terv kivitelezése módosulhat. Az sem garantált, hogy a beavatkozás eléri a célját. Az esetleges műtéti szövődmények további beavatkozást, műtétet is szükségessé tehetnek. Az alábbiakban a leggyakoribb lehetséges szövődményeket soroljuk fel.

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

Ha a műtét altatásban történik, akkor annak esetleges szövődményeiről az altató orvosa tájékoztatja Önt. Helyi érzéstelenítő injekciót követő allergiás reakciók különböző súlyosságú formái (2%), szembőgödris vérzés (1-2%), a szemből való vagy a látóideg sérülése következhet be (0,1%). A beavatkozás közben sérülhet a kötőhártya, a szaruhártya, az ínhártya, a szivárványhártya és a szemlencse. Előfordulhat a szemből való vérzés (0,5%), akár a tartalmának kiürülése (0,1%) is.

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

A műtét során és a műtétet követő időszakban (akár évekkel később is) számos szövődmény léphet fel, amelyek az Ön esetében a következők lehetnek: a szemből való vérzés (2%), gyulladása (steril vagy fertőző) (3%), varratelégtelenség (6%), szemnyomás emelkedés (10-50 %), az átültetett szövet életképtelensége (az alapállapottól és a műtétől eltelt időtől nagymértékben függően széles esély tartomány – jó prognózisú esetekben 5 év alatt <10 %, rossz prognózisú esetekben 5 éve alatt akár 70 %), kilökődése (az alapállapot és a műtétől eltelt idő függvényében széles esély tartomány), mely újabb műtétet tehet szükségessé.

5./ A MŰTÉT KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

5.1. A műtét előtti történések

A beavatkozás

- a.) vezetési (a szem mellé adott injekcióval történő) érzéstelenítésben,
- b.) altatásban történik.

Mindkét esetben a beavatkozás előtt érzéstelenítő szemcseppeket is fog kapni. Amennyiben a beavatkozás altatásban történik, úgy az altatóorvos az altatás módjáról és annak esetleges szövődményeiről tájékoztatni fogja.

5.2. A műtét utáni történések

A beavatkozás után a beteg gyulladásgátló és antibiotikum tartalmú szemcseppeket kap, amelyeket a beavatkozást végző orvos utasításai szerint kell használnia, várhatóan hetekig vagy hónapokig a műtét után. Egyes esetekben a beteg a kötőhártya alá gyulladáscsökkentő injekciót is kap. Nagy kockázatú esetekben általános kezelésre is szükség lehet.

FONTOS!

A szemet nem szabad megnyomni, és 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 műtét után, várható következmények

A műtét után tartózkodjék az erős fizikai terheléstől, ne menjen uszodába, szaunába. Az első hetek során fokozottan ügyeljen arra, hogy víz, sampon, szappan se kerüljön az operált szemébe. Az előírt szemcseppeket az orvos utasításai szerint kell használnia, előreláthatóan hónapokon, akár éveken át. Szemészeti ellenőrző vizsgálatra a kezelést végző szemorvos utasításának megfelelően kell elmenni. Hónapokon, éveken át szükséges ellenőrzés. A szem megnyomásának, dörzsölésének tilalma élete végéig szól. Kerülje azokat a tevékenységeket, amelyek során nagy annak a veszélye, hogy ütés, sérülés éri a szemet. Uszodalátogatás ugyancsak akár évekig tiltott.

Számítson arra, hogy a gyógyulás lassú, a várható legjobb eredmény elérése is hónapokig, akár 1-2 évig tarthat. A szaruhártya átültetés bizonyos fajtái esetén a varratszedés a műtét után kb. egy évvel, akár ennél későbbre tolódva válik esedékessé.

6./ A MŰTÉT ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Amennyiben a műtét elmarad, a műtéti kockázatot ugyan elkerüli, de annak esetleges előnyeitől eszik. Egyes esetekben (pl. kilyukadással fenyegető vagy kilyukadt szaruhártya fekély, szemcseppekkel nem uralható szaruhártya fertőzés) műtét nélkül előfordulhat a szemgolyó elvesztése is.

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

Azokban az állapotokban, amikor egy szembetegség miatt már szaruhártya átültetés válik indokolttá, más, bizonyítottan hatásos beavatkozás csak elvétve jöhet szóba.

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 olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg, illetve 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.

Budapest, év hó nap óraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

9./ BELEEGYEZŐ 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 óraperc

.....
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: