
	<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	

## KÖNNYCSATORNA ÁTFECSKENDEZÉS

**Jobb szem**

**Bal szem**

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **könnycsatorna átfecskendezés** 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 feltevésére, melyeket megválaszol.

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

**Születési idő:**     .   .

### 1./ A BEAVATKOZÁS MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

Könnycsatorna átfecskendezés

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

Steril sóoldatot tartalmazó fecskendőre helyezett, tompa végű kanül segítségével a szemhéjszájra, az orrgyökénél található alsó vagy szükség esetén a felső könnyponton át jutunk be a könnycsatorna kezdeti szakaszába. Ide fecskendezünk a steril folyadékot és figyeljük, hogy az lejut-e a könnycsatorna másik, orrüregi végződéséhez. A beavatkozás enyhe nyomásos panaszokat, illetve kis szűrő jellegű érzést okozhat a szemhéjszájra illetve a könnycsatorna területén.

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A könnycsatorna átjárhatóságának megítélése.

### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

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

Könnypont, könnycsatorna sérülése, vérzése, fertőződése, melyeknek az előfordulási aránya alacsony (<1%)

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

A könnypont körüli és a belső szemzugi képletek duzzanata, vörössége, a könnypont illetve könnycsatorna hegesedése, könnyezés. Ezeknek az előfordulási aránya alacsony (<1%).

### 5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

#### 5.1. A beavatkozás előtti történések

A beavatkozás előtt érzéstelenítő szemcseppet fogunk szemébe csepegtetni.

## 5.2. A beavatkozás utáni történések

Enyhe kaparó érzés a torokban az orrüregből lejutó folyadék hatására.

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

Nincsenek.

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

Amennyiben nem történik meg a fenti beavatkozás, és emiatt nem tudjuk a könnyutak átjárhatóságát ellenőrizni, nem derül fény esetleges könnyúti gyulladásra, gennyes könnyúti folyamatra. Ez a későbbiekben egy esetleges szemmegnyitó műtét során okozhat súlyos szövődményt.

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

A könnyelvezető rendszer vizsgálata a könny fluorescein oldattal való megfestésével is lehetséges. Bár ez a módszer a fenténél egyszerűbb és komplikáció mentesebb, sokkal pontatlanabb eljárás.

## 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./ 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 ..... 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: .....