
	<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	

## A MÁSODLAGOS SZÜRKEHÁLYOG LÉZERKEZELÉSE

**Jobb szem**

**Bal szem**

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

#### MÁSODLAGOS SZÜRKEHÁLYOG

A másodlagos szürkehályog (a szemlencse hátsó és/vagy tokjának megvastagodása), a sikeres szürkehályog műtét után léphet fel akár évekkel később is.

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A beavatkozás helyi érzéstelenítésben - érzéstelenítő szemcseppek adása mellett - zajlik.

A másodlagos szürkehályog kezelése során lézer fény segítségével kis nyílást készítünk a megvastagodott hátsó tokon. Más esetben a zsugorodott elülső tok kezelését célozza a beavatkozás.

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A beavatkozás célja, az, hogy a szemlencse elhomályosodott hátsó, vagy elülső tokján lézer fény segítségével kis nyílást készítünk vagy a már meglévő nyílást megnagyobbítsuk. Az így képzett nyíláson keresztül a fény könnyebben és fókuszáltabban tud az ideghártyára jutni, ezzel élesebb látást biztosíthat a beteg számára.

### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

A beavatkozás során és az azt követő időszakban (akár évekkel később is) számos szövődmény léphet fel, amelyek a legtöbb esetben nem súlyosak.

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

A beavatkozás során a következő szövődmények léphetnek fel:

Szaruhártya sérülés, vérzés az elülső csarnokban, a szivárványhártya sérülése műlencse sérülés, a szemnyomás megemelkedése, a műlencse elmozdulása, vérzés az ideghártyában. Előfordulási arányuk 1 %.

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

A műlencse elmozdulása. vérzés az ideghártyában, ideghártya vizenyő, ideghártya leválás. Ezek előfordulási aránya is alacsony 1-2 %.

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

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

A lézerkezelés helyi érzéstelenítésben zajlik. Az érzéstelenítés módját kezelést végző orvos Önnel előzetesen megbeszéli. Közvetlenül a beavatkozás előtt pupillatágító és érzéstelenítő szemcseppeket fog kapni.

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

A beavatkozást követően látása az első pár órában még homályosabb lehet. A beavatkozást követő 1-2 órában az érzéstelenítő szemcsepp még hat, ezért szemeit nem dörzsölje meg. A beavatkozás után a kezelést végző orvos, bizonyos esetekben gyulladásgátló szemcsepp használatát javasolhatja.

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

Közvetlenül a beavatkozás után szemét ne dörzsölje meg, ügyeljen arra, hogy sampon vagy szappan a szemébe ne kerüljön. A beavatkozás másnapjától, a lézerkezelés előtti életmódját folytathatja.

Egyes tünetek esetén azonnali kezelésre van szükség. Azonnal menjen a beavatkozást végző intézménybe, ha a következőket észleli:

- Erős fájdalom
- Látásromlás
- A szem fokozódó vörössége

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

Amennyiben a lézerkezelés elmarad, a kezelés kockázatait ugyan elkerüli, de látása várhatóan a másodlagos szürkehályog erősödésével folyamatosan gyengülni fog. Amennyiben a látását egyéb szembetegség nem befolyásolja, a lézeres kezelés egy későbbi időpontra halasztható.

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

Az másodlagos szürkehályog kezelésére bizonyos esetekben - a lézeres kezelésen kívül – műtétes beavatkozás (ún. utóhályog leszívás) alkalmazható, amely a szürkehályog műtéteknél ismert kockázatokkal járhat. A látást veszélyeztető szövődmények aránya a lézeres kezelés esetében alacsonyabb.

### **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 beleegyezek, 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 bármilyen 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: .....