
	<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	

## NEODYMIUM-YAG LÉZERES IRIDOTOMIA

**Jobb szem**

**Bal szem**

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében neodymium-YAG lézeres iridotomia beavatkozás 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

#### ELZÁRÓDOTT VAGY SZŰK CSARNOKZUG

Amennyiben a csarnokzug elzáródik , akkor a szemfolyadék (csarnokvíz) keringése leáll. A sugártest által termelt csarnokvíz a szemben felhalmozódik, és extrém magas értékre emelkedik a szem belnyomását. Amennyiben szűk, alig nyitott csarnokzugot találunk vizsgálat során, úgy nagy a kockázata annak, hogy a csarnokzug később elzáródhat.

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A beavatkozás helyi érzéstelenítésben - érzéstelenítő szemcseppek adása mellett - zajlik. A lézerkezelés során, a szivárványhártya széli részén egy vagy több nyílást készítünk a lézer segítségével.

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A lézerkezelés célja, hogy a szem belsejében a szivárványhártya előtti és mögötti tér nyomásviszonyát kiegyenlítsük, és az elzáródott csarnokzug ismételten megnyíljon. A csarnokzug megnyílása esetén a csarnokvíz elvezetése normalizálódik, a szemnyomás emelkedés megszűnik. Amennyiben szűk, alig nyitott csarnokzugot találunk, megelőző céllal végezzük el a fenti beavatkozást.

### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

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

A lézeres kezelés után a látás általában néhány órán át homályos a beavatkozáshoz szükséges pupillaszűkítés és a kontaktlencséhez alkalmazott sűrű folyadék miatt. A kezelést átmeneti szemnyomás emelkedés (5-8%), steril

szivárványhártya gyulladás (0.8-4%) és átmeneti irritáció érzés (18-24%) kísérheti, ezért a lézerkezelést követő napokban fokozott ellenőrzés és kiegészítő szemészeti kezelés (gyulladáscsökkentő szemcsepp használata) szükséges. A lézer kezelés következtében a szivárványhártya vérzése (16-35%) alakulhat ki, amely azonban spontán megszűnik. Vérzés esetén a látás a kezelés után pár napig homályosabb lehet, a szemnyomás megemelkedhet. Ritkán a lézerkezelés következtében a szaruhártya és a szemlencse sérülhet (1-3%).

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

A beavatkozást követően a szemnyomás esetenként nem normalizálódik vagy újra megemelkedhet, ezért a beavatkozást követően több alkalommal a szemnyomás ellenőrzése javasolt. Amennyiben a szemnyomás nem normalizálódik, úgy a lézerkezelés kiegészítése, vagy más - a szemnyomás csökkentésére szolgáló - beavatkozás válhat szükségessé.

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

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

A beavatkozás előtt, szemnyomás csökkentő, pupillaszűkítő és érzéstelenítő szemcseppeket fog kapni.

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

A beavatkozás után gyulladáscsökkentő és esetlegesen további szemnyomás csökkentő gyógyszert és szemcseppet kell használni. A beavatkozás utáni napokban a szemnyomás ellenőrzésére lesz szükség. A szemet nem szabad 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 beavatkozás után, várható következmények**

A lézerkezelést követő 1 hétben nyugodt, pihentető életmód javasolt. Szemészeti ellenőrző vizsgálatra a kezelést végző szemorvos utasításának megfelelően kell elmenni.

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

Amennyiben a kezelés elmarad, a kezelés kockázatait ugyan elkerüli, de a magas szemnyomás továbbra is kifejti károsító hatását. A hosszú ideig fennálló emelkedett szemnyomás - a szemfájdalom, fejfájás, hányinger és rossz közérzet mellett - a látóidegrostok pusztulásához és a látás fokozatos romlásához, esetleges elvesztéséhez vezethet.

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

Amennyiben valamely okból a fenti lézeres beavatkozás nem végezhető el, akkor a szivárványhártyán nyílás készíthető egy, a szem belsejében végzett műtéttel (l. Iridectomia). Ennek a beavatkozásnak a lehetséges előnyeiről és hátrányairól a Iridectomia című betegtájékoztatónkban olvashat.

### **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 megválaszoltam. 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 betegséggemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséggemet eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a feljánlott 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: .....