
	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	

IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁSA A KÖTŐHÁRTYÁBÓL/SZARUHÁRTYÁBÓL

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében a jobb/bal szemén a kötőhártyába/szaruhártyába ékelődött idegentest eltávolítás 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

A kötőhártyába/szaruhártyába ékelődött idegentest.

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

Szemcseppel történő érzéstelenítés után a kötőhártyába/szaruhártyába ékelődött idegentestet steril eszközzel eltávolítjuk. Ritkán helyi érzéstelenítő injekció adására lehet szükség.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

Az idegentest eltávolítása.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

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

A helyi érzéstelenítő injekció bevezését, gyulladást, allergiás reakciót okozhat, amely életveszélyes is lehet, akár halálhoz is vezethet (<0.1%).

Az idegentest eltávolítása közben minden esetben kisebb-nagyobb területen hámszárazság alakulhat ki az idegentest körül, ami néhány nap alatt behámosodik.

Igen ritka esetekben, elsősorban a szaruhártya mély rétegeibe behatolt idegentest vagy régebben történt sérülés esetén előfordulhat, hogy átlukad a szaruhártya állománya és súlyos belső szemgyulladás alakul ki (<1%).

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

A fém idegentestek alatt sokszor rozsdagyűrű alakul ki. Ennek eltávolítása egyes esetekben nem lehetséges az első alkalommal, hanem a későbbiekben válik lehetségessé (10%).

A sebgyógyulás során előfordulhat kötőhártya, szaruhártya és szivárványhártya gyulladás (<10%). Az idegentest szaruhártyából történő eltávolítása után a szaruhártyában minden esetben heg marad vissza.

A fenti szövődmények, ha fel is lépnek, gyakran nem súlyosak, megfelelő kezeléssel legyőzhetők, lehetnek azonban súlyosak, és akár a látás, vagy a szem elvesztését eredményezhetik.

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

5.1. A beavatkozás előtti történések

Helyi érzéstelenítő szemcsepp cseppentése.

5.2. A beavatkozás utáni történések

Antibiotikumot és gyulladáscsökkentőt tartalmazó kenőcs alkalmazása, kötés felhelyezése (nem minden esetben szükséges).

5.3. Életmódbeli változások a beavatkozás után, várható következmények

A kötés a beavatkozást követő nap reggelén eltávolítható. A beavatkozás után még helyi kezelés szükséges. A szaruhártyán általában heg marad, ez azonban csak akkor befolyásolja a látást, ha vastkosabb és a centrumban helyezkedik el.

6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Amennyiben az idegentest eltávolítása nem történik meg, a kötőhártya, szaruhártya, illetve a szivárványhártya gyulladása kialakulhat, vagy fokozódhat, mely kezelés nélkül akár a látás, illetve a szem elvesztését is eredményezheti.

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

Nem ismeretes egyéb, hatékony eljárás a kötőhártya/szaruhártya idegentesteinek eltávolítására.

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 napóraperc

.....
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

szükségek 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 betegséget 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, évhó napóraperc

.....
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

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó
aláírása

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: