
	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	

SUBCONJUNCTIVALIS / PARABULBARIS / SUBTENON GYÓGYSZERBEADÁS

Jobb szem

Bal szem

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önrel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **subconjunctivális / parabolbaris / subtenon gyógyszerbeadás** 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 kötőhártya alá (subconjunctiválisan) / a szemgolyó környezetébe (parabolbarisan) / a szemet körülvevő szövetek és a szem külső burka közé adott (subtenon) injekcióra olyan betegségekből kerül sor, amelyben magas helyi gyógyszer koncentráció elérésére és bizonyos gyógyszereknek a szemburkokon át történő jobb felszívódására van szükség – pl. gyulladások, fertőzések, cukorbetegség/egyéb okból létrejött szemfenéki vizenyő eseteiben. Használhatjuk ezeket a módszereket érzéstelenítés, vagy a szemmozgások műtéti célból történő átmeneti korlátozása céljából is.

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A beavatkozás lényege, hogy a fent említett terekbe injekciót fog kapni. A subconjunctiválisan és parabolbarisan adott injekció esetében érzéstelenítő csepp beadása után közvetlenül, tűvel juttatjuk a gyógyszert a kívánt területre, a subtenon gyógyszerbeadásnál kis kötőhártyaseben keresztül kanüllel hatolunk a kívánt területre.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A beavatkozás célja a magas helyi gyógyszerkoncentráció elérése és bizonyos gyógyszereknek a szemburkokon át történő hatékonyabb felszívódása. Egyes esetekben érzéstelenítés céljából vagy a szemmozgások korlátozása céljából kerülhet rá sor.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

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

Az injekció beadása közben érezhet enyhe szemfájdalmat, kis szorító vagy kellemetlen érzést. Gyakran vérzés alakulhat ki a kötőhártyán vagy a szem melletti térben. Extrém ritkán előfordulhat a szemgolyó akaratlan áthatoló sérülése is (0,006%), ami súlyos következményekkel járhat, akár a látás vagy a szem elvesztéséhez is vezethet. Még ennél is ritkábban akár halálhoz vezető szövődemény is bekövetkezhet.

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

A subconjunctivális / parabolbaris / subtenon injekciók adását követően enyhébb múlt panaszok viszonylag gyakran felléphetnek. Ezek az esetek többségében nem igényelnek kezelést. Enyhébb panaszok lehetnek átmeneti, enyhe szemvörösség, vérzés (7,4-100%) a szúrás helyén, szúró vagy szorító érzés (44%). Ezek az esetek döntő többségében nem igényelnek kezelést.

Attól függően, hogy milyen szert juttatunk be az injekcióval, a beadott szerre jellemző mellékhatások/allergiás reakciók jelentkezhetnek. Az allergiás reakciók gyakrabban alakulnak ki tudottan gyógyszer vagy egyéb anyagokra allergiás egyénekben. Kérjük ezért, ha ismert allergiája van, ezt a beavatkozás előtt feltétlenül közölje kezelőorvosával!

Egyéb szövődmények lehetnek:

- Szemhéjak / kötőhártya / szem körüli / szembgö dri szövetek kisebb-nagyobb bevérzése (≈60,0%)
- Szemhéjak csüngése (1-3%)
- A szemizmokat érő káros hatás miatt kialakuló kettős látás (0,18%)
- Szaruhártya hámjának károsodása (1-3%)
- Szemen áthatoló sérülés (0,006%)
- Az agy burkai közé behatoló injekció a parabolbaris injekció mellett jöhet létre. (0,001%)
- A látóideg zúzódása a parabolbaris injekció beadásakor (<0,01%)
- Az ideghártya ereinek elzáródása subtenon injekció beadásakor (<1%)
- Vakság (0.066%)

Az esetek nagy részében a szövődmények enyhék, maguktól vagy kezelés mellett elmúlnak, de az esetleges ritka, súlyos komplikációk miatt további beavatkozásra is szükség lehet, és akár a látás vagy a szem elvesztéséhez is vezethetnek. Ennek az előfordulási esélye azonban rendkívül csekély. (<0,001%)

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

5.1. A beavatkozás előtti történések

A subconjunctivális injekció beadása előtt helyi érzéstelenítő cseppet és fertőtlenítő szemcseppet kap. A parabolbaris injekció beadása előtt, ha azt a bőrön át adják be, a bőr fertőtlenítőszerrel történő letörlésére kerül sor. A subtenon injekció beadása műtéti körülmények között történik, a bőr és a kötőhártyaszák fertőtlenítése, izólálása, érzéstelenítő szemcsepek adása után.

5.2. A beavatkozás utáni történések

Az injekció beadása után a kezelést végző orvos tájékozik a szem és az Ön általános állapota felől.

5.3. Életmódbeli változások a beavatkozás után, várható következmények

A komplikációk elkerülésében Ön is segíthet. A kezeléseket követően ne nyúljon a szeméhez, ne dörzsölje és ne menjen uszodába! Kövesse az orvos utasításait!

A későbbi ellenőrző vizsgálatok eredményei alapján dönt majd orvos a beavatkozás megismétlésének szükségességéről.

6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

A beavatkozás elmaradása esetén Ön mentesül a kezeléssel járó kockázatoktól, de elesik a kezelés nyújtotta előnyöktől.

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

Ha subconjunctivális / parabolbaris / subtenon injekciót tartunk szükségesnek a betegnél, de azt visszautasítás miatt nem végezhetjük el, akkor lehetőség szerint más gyógyszer-bejuttatási módot kell választanunk, az azonban várhatóan kevésbé lesz hatásos és célravezető, mint az ajánlott gyógyszerbeviteli mód.

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, évhó 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 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, 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, év hó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

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

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: