
	<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	

## SZEMÉSZETI ALAPVIZSGÁLAT KOCKÁZATTAL JÁRÓ LÉPÉSEI

**Jobb oldal**

**Bal oldal**

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében a szaruhártya magzataburokkal/kötőhártyával történő fedésének 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 BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

Szemészeti vizsgálatra elsősorban szemészeti panasz, betegség, szemsérülés miatt, máskor társszakmák kezdeményezésére egyes általános betegség szemészeti vonatkozásának felderítésére kerül sor.

### 2./ A VIZSGÁLAT JELLEGE, ISMERTETÉSE

A vizsgálat során a szem környékének és a szemnek megtekintése, tapintása és eszközös vizsgálata történik, melyhez nem-kontakt és – érzéstelenítést követően - kontakt eszközöket vehetünk igénybe. Gyakran a szembogár szemcseppek útján való tágitására és más szemcseppek alkalmazására is szükség lehet.

### 3./ A VIZSGÁLAT CÉLJA

A szemészeti állapot felmérése

### 4./ A VIZSGÁLAT LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

A vizsgálat során a következő lépéseknek lehet egészségügyi kockázata:  
a szemrés feltárása, biomikroszkópia során non-kontakt előtétlencsék alkalmazása, kontakt előtétlencsék alkalmazása, szemnyomás mérés, minden olyan eszközös vizsgálat, amely során a vizsgálóeszközzel a szem közelében kell dolgoznunk, pupilla tágítás, a vizsgálathoz szükséges érzéstelenítő vagy bármilyen szemcseppek használata

A vizsgálat kockázata elenyészően alacsony (<0.1 %), extrém ritka esetben mégis akár halálhoz vezethet.

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

A vizsgálat fent felsorolt lépéseinél előfordulhat, hogy a szem felszínes sérülést szenved; megnyomódik; a szem megnyomása miatt elindul reflexfolyamat ájuláshoz, extrém ritka esetben akár szívleálláshoz vezethet;

a szem közelében történő tevékenység, az erős fényhatás, érzékeny embereknél kedvezőtlen psychés reakciókat indíthat el; a szemcseppek heveny allergiás reakciót válthatnak ki

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

A vizsgálat után a szem égése, szúrása nem ritka. A szem felszínes sérülése erős szúrást, könnyezést eredményez, akár kezelés is szükségessé válhat ez esetben. A pupillatágítás hatása órák múlva múlik csak el, addig homályos látás, fényérzékenység és káprázás várható. Bizonyos hajlamosító anatómia helyzet esetén a pupillatágítás a szemnyomás heveny megemelkedéséhez vezethet – ha erős tompa szemfájdalmat/fejfájást, tartós homályos látást, a szem vörösségét tapasztalja szemészeti vizsgálatot követően, azonnal forduljon szemorvoshoz. A vizsgálat során alkalmazott szemcseppek ritkán allergiás gyulladást okozhatnak, a kontakt műszerek ritkán fertőzést eredményezhetnek. A fertőzés elsősorban a kötőhártyát és a szaruhártyát érintheti, és extrém ritka esetben komoly egészségkárosodást okozhat, akár a látás vagy a szem elvesztéséhez is vezethet.

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

#### **5.1. A vizsgálat előtti történések**

A szemészeti alapvizsgálat egyes lépései a szem és valamilyen műszer kontaktusát teszi szükségessé, ez esetben érzéstelenítő szemcseppet kap a beteg. A szemfenék vizsgálatához a szembogár kitágulását okozó szemcseppek szükségesek.

#### **5.2. A vizsgálat utáni történések**

A beavatkozás után nincs teendő, az enyhe diszkomfort érzés és homályos látás jellemzőse magától elmúlik néhány óra alatt. Ha tartósan ettől eltérő jelenséget – fájdalom, a szem kivörösödése, váladékkozás, a látás romlása – tapasztal, jelentkezzen vizsgálatra!

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

Ha irritáltnak érzi is a szemét a vizsgálat után, ne dörzsölje, ne nyomkodja. Az erős dörzsölés szemfelszíni sérülést okozhat. Tágított pupilla mellett, illetve amíg bármi okból nem rendeződik a látása a vizsgálat után, addig nem vezethet. Lsd. még 5.2. pontban foglaltak!

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

A szemészeti vizsgálat elmaradásával a vizsgálatjal járó minimális kockázatot elkerüli ugyan, ugyanakkor a vizsgálat a szemészeti betegségének, szemsérülésének feltáratlanságát, bizonyos általános betegségek szemészeti szövődményeinek, szemészeti vonatkozásainak felderíthetlenségét eredményezi, és ennek számos hátrányos következménye lehet. Ezek akár a látás, a szem, sőt az élet elvesztéséhez is vezethetnek.

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

A szemészeti alapvizsgálat más vizsgálatl nem váltható ki.

### **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 olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg, illetve 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 betegséggemmel, 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 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/hozzá tartozó 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: .....