



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat szem mögé / mellé adott érzéstelenítő injekció

Kedves Betegünk!

Jelen tájékoztatóval az a célunk, hogy ismertessük betegségé lényegét, tájékoztassuk a műtéti megoldásról, a lehetséges kockázatokról és szövődményekről. A kezelőorvos Önnek személyre szabott, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, lehetőséget biztosítva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére.

A beavatkozás célja, rövid leírása

A szemészeti műtétek nagy részét (például szemnyomás csökkentő műtétek, ideghártya műtétek stb.) helyi érzéstelenítésben végezzük. Ilyenkor a műtendő szemgolyó alá, mélyen a szemszögbe vagy a szemgolyó mellé érzéstelenítő injekciót adunk, mellyel a fájdalomtanságot és a szem mozdulatlanságot biztosítjuk.

A helyi érzéstelenítésben tervezett szemészeti műtét előtt szabad enni-inni, a rendszeresen szedett gyógyszereit be kell venni, a diétázóknak a diétát be kell tartani, ez különösen fontos a cukorbetegség esetében.

Amennyiben a beteg véralvadástgátlót használ, ismert vérzékenységi hajlama vagy gyógyszerérzékenysége van, feltétlenül tájékoztassa arról kezelőorvosát.

A beavatkozás lehetséges kockázatai

Amennyiben a szemgolyó mögé vagy mellé adott injekciós érzéstelenítés történik, úgy az alábbi nemkívánatos mellékhatások jelentkezhetnek:

- sérülhet a szemgolyó, a látóideg, aminek maradandó látáskárosodás különböző súlyossági fokozatai lehetnek, akár vakságot is okozva.
- a szem mögötti erek sérülése feszülő szemgolyó mögötti vérzést okozva a műtét elhalasztását tehetik szükségessé.
- amennyiben a beadott érzéstelenítő injekció során a tű sérti a látóideget, s az injekció a látóideget is körülvevő agyburkok közé kerül, a beadott anyag béníthatja a légző és keringésfenntartó központot, aminek szívmegállás és légzésbénulás, szerencsétlen esetben halál is lehet a következménye. Valószínűsége körülbelül 1:10000-hez.
- az injekció utáni nyomókötés az arra érzékenyeken szívritmuszavart okozhat rossz közérzettel, akár ájullással is.



A beavatkozás tervezett időpontja:

A beteg kérdései:

.....
.....
.....

Az orvos megjegyzései:

A beteg személyes, egyéni kockázatai, a beteg kérdéseire adott válaszok:

.....
.....
.....

Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Ön a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja, a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Amennyiben a beavatkozás során annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás kiterjesztése csak akkor végezhető el, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a beavatkozás kiterjesztése a beteg valamely szervének vagy testrészének elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – az abba történő beleegyezés hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.



Beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:

TAJ szám:

Születési hely, idő:.....

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):

.....
.....
.....

Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa:
Cselekvőképtelen állapotú személy esetében az Eütv. 16. § (2) bekezdés szerinti helyettes döntéshozó a beavatkozásba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.

- 1. Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):
.....
- 2. Tervezett beavatkozás megnevezése:** szem mögé / mellé adott érzéstelenítő injekció beadás
- 3. Tájékoztatót adó orvos neve:**

A szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt beavatkozással, a beavatkozás céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatást nyújtó orvostól kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a beavatkozásba.

A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden megtévesztő, fenyegetéstől és



kényszertől mentesen **beleegyezem, hogy rajtam a beavatkozást elvégezzék.**

Kelt:, 202... .. hó nap

.....
tájékoztatást végző orvos
aláírása és pecsétje

.....
beteg/törvényes képviselő/
helyettes döntéshozó aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú
név
lakcím
aláírás

2. tanú
.....
.....
.....