

SPECIÁLIS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Név:

Születési dátum:

TAJ szám:

Születési hely:

Esetszám:

A tervezett műtét/beavatkozás oka (diagnózis/tünet):

H35308 Oedema cystoides maculae luteae

A tervezett műtét/beavatkozás megnevezése/típusa:

12218

A műtét/beavatkozás tervezett időpontja: 2025.05.20

Operatőr/beavatkozást végző személye: bta

A műtét/beavatkozás szempontjából fontos, a beteg által felsorolt előzmények, jelen állapot:

Retinopátia diabetica

Exudatív AMD

Műtét/beavatkozáshoz szükséges előkészületek és gyógyszerelés:

Pupillatágító és érzéstelenítő szemcsepp. Injekciót megelőzően Pov-iodid szemcsepp.

A műtét/beavatkozás rövid leírása:

Povidone-iodid csepp, Oftaquix csepp, műtési terület Betadinos lemosása, Izolálás, Szemháj terpeszt behelyezése, 3.5/4 mm a limbutól intravitrealis VEGF-gátló injekció beadása 30 G tűvel, ismételt Pov-iodid csepp.

Lehetséges gyakoribb szövődmények:

Endophthalmitis, ablatio retinae, corpus ciliare/szemlencse sérülés

Műtét/beavatkozás utáni teendők:

IOP ellenőrzés, sze. papilla/retina keringés ellenőrzése

A betegre egyedileg vonatkozó egyéb, a kezelőorvos által ismert információk:

Nincs.

A kezelés eredményessége érdekében felelősségem tudatában és saját érdekemben teljes őszinteséggel válaszolok a feltett kérdésekre és minden általam ismert lényeges tényről, körülményről tájékoztatást adok. Tisztában vagyok azzal, hogy ezek eltitkolása a beleegyezéssel végzett, szükséges kezelés kockázati tényezőit, komplikációit előidézhetik, fokozhatják.

Jelen beleegyező nyilatkozathoz tartozó szóbeli és az

azonosítószámú írásbeli* betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem; a javasolt gyógymóddal, lehetséges szövődményekkel, a beavatkozás várható kimenetével kapcsolatos kérdéseimre kielégítő, számomra érthető válaszokat kaptam.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyulási időtartamot és eredményt kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Kijelentem, hogy esetleges szövődmény gyanúja / észlelése esetén azonnal jelentkezem az ellátó egységnél. Tudomásul veszem, hogy az egyeztetett ellenőrző, kontroll vizsgálatok elmulasztásának és az utasítások be nem tartásának esetén az ebből adódó esetleges következményekért a felelősség engem terhel.

Kelt: 2025.05.20

A betegtájékoztató elolvasása* és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt műtétbe / beavatkozásba beleegyezem:

.....
beteg aláírása

.....
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

.....
orvos aláírása

A betegtájékoztató elolvasása* és a szóbeli tájékoztatás ellenére a felajánlott műtétbe / beavatkozásba nem egyezem bele:

.....
beteg aláírása

.....
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

.....
orvos aláírása

A *-gal jelölt rész törölendő, amennyiben írott betegtájékoztatót nem használtak.