

HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Szaruhártya átültetés (keratoplastica) végzéséhez

Alulírott kijelentem, hogy a fenti megnevezésű orvosi eljárásra vonatkozóan az alábbi felvilágosítást kaptam:

1. Az eljárás célja: A műtét célja:

- a látásjavítás akkor, amikor a szaruhártya átlátszósága csökken szaruhártya hegek, szaruhártya elfajulás miatt vagy a szaruhártya fénytörése visszafordíthatatlanul megváltozott a szaruhártya előboltosulása miatt;
- A szaruhártya átfürödés megelőzése, ha a szaruhártya valamilyen betegség miatt elvékonyodott.

2. Az eljárás technikája: Műtétet helyi érzéstelenítésben vagy altatásban végzik.

- A szaruhártya felső rétegeire szorító beavatkozásnál kis körülírt szaruhártya részt távolítanak el.
- A szaruhártya összes rétegét érintő műtéteknél a szaruhártya közepéből teljes vastagságú korongot vágnak ki, helyére olyan nagyságú, idegen szemből (elhunytak szeméből) vett korongot ültetnek be és azt varratokkal rögzítik.
- Műtét után hosszú ideig helyi és általános gyógyszeres kezelés szükséges a kilökődési reakció kivédésére. Varratszedésre kb. 3 hónap múlva kerül sor.

3. Az eljárás esetleges veszélyei és az eddigi tapasztalatok: Műtét közben fennáll a helyi vérzés veszélye. Súlyos vérzés esetén a látás is elveszhet. Műtét után idült szaruhártya gyulladás alakulhat ki, melynek későbbi következménye másodlagos zöldhályog lehet. A gondos helyi és általános kezelés ellenére az átültetett korong elszűrkülhet, varratelégtelenség következtében a korong megbillenhet. A hosszas szteroid kezelés vércukorszint emelkedést, illetve cukorbetegségeknél a cukorháztartás felborulását, gyomor bántalmakat, gyomorfekély kiújulását eredményezheti.

4. Ezen eljárás elmaradásának veszélyei és más eljárási lehetőségek: A szaruhártya átültetés elmaradásakor a látás nem javul, illetve a szaruhártya átfürödés után kialakult szemgyulladás vaksághoz vezethet. Újabb, a szaruhártya felszínes rétegeiben lézeres heg eltávolítás is lehetséges.

5. A fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az erre kapott válaszok:

6. A fentiekről számomra részletes és érthető tájékoztatást adott:

Dr.(olvasható aláírás)

7. Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok – nem járulok (1) hozzá a fenti beavatkozás elvégzéséhez.

Jelen döntésemet akkor hoztam, amikor minden kérdésemre választ kaptam, így a szükséges adatok rendelkezésemre álltak tudomásul véve azt is, hogy átlagostól eltérő kockázatot jelenthet a kivizsgálás során ez idáig fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kijelentem, hogy tudomásom szerint nem szenvedek (gyermekem nem szenved) semmiféle idült fertőző betegségben (TBC, AIDS, fertőző májgyulladás).

A beteg olvasható aláírása:

A törvényes képviselő olvasható aláírása (2):

Név:

Név:

Lakhely:

Lakhely:

Születési idő:

Születési idő:

(1) nem kívánt részt tőrlendő

(2) cselekvőképzetlenség vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett csak a törvényes képviselő írhatja alá!