

HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Látóhártyaleválás (retinaleválás) ellenes műtét végzéséhez

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

1. Az eljárás célja: A látóhártya visszafektetése az érhártyára és a látóhártya szakadásainak az elzárása.

2. Az eljárás technikája: A műtétet helyi érzéstelenítésben vagy altatásban végezzük. A kötőhártya részleges lefejtése után az ínhártyára abroncsszerűen szövetbarát műanyagszalagot (szivacsot) ültetünk, a szakadás(ok) fölé hasonló anyagú plomba ültetése lehet szükséges. A látóhártya mögött levő elhígult üvegtestet az ínhártyán keresztül apró seben át távolítjuk el. A látóhártya szakadásait az ínhártya felől fagyasztással hegesítjük el. Szükség lehet a szem belsejébe helyezendő segédanyagokra is, pl. szövetbarát gáz alkalmazására.

3. Az eljárás esetleges veszélyei és az eddigi tapasztalatok:

- üvegtesti, érhártya, látóhártya vérzés kialakulása
- szemnyomás emelkedés
- szürkehályog
- gyulladás
- az esetek egy részében újabb műtét szükséges
- a régebben (1 hétnél) fennálló retinaleválás eseteiben hegesedés indulhat el a látóhártyán, amely miatt vitrectomia via pars plana műtét (az üvegtest eltávolítása) szükséges ld. a megfelelő „Hozzájárulási nyilatkozat”-ot is.

4. Ezen eljárás elmaradásának esetleges veszélyei és más eljárási lehetőségek:

- A látóhártya leválást csak műtéttel lehet gyógyítani, műtét nélkül a látás tovább romlik a teljes vakságig.

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

6. A fentiekről számomra részletes és érthető tájékoztatást adott: (olvasható aláírás)

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

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

Szeged, _____

_____ a beteg olvasható aláírása

Beteg neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

_____ vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képv. neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

(1) nem kívánt rész törlendő!

(2) Cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhat alá!

_____ (1) Tanú aláírása

(1) Tanú neve:
Születési dátum:
Lakcím:

_____ (2) Tanú aláírása

(2) Tanú neve:
Születési dátum:
Lakcím: