

Hozzájárulási nyilatkozat

Az üvegtest eltávolítása (Vitrektomia via pars plana) végzéséhez

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

1. Az eljárás célja: Az üvegtestbe törő vérzés eltávolítása.

2. Az eljárás technikája: A beavatkozást helyi érzéstelenítésben vagy altatásban végezzük. A kötőhártya részleges lefejtése után az inthártyán három nyílást készítünk. Az egyik nyíláson keresztül infúziót vezetünk a szem belsejébe. A másik nyíláson keresztül hidegfény eszközt vezetünk be, a harmadikon keresztül pedig a vitrectomot. Ezzel az eszközzel az üvegtestet, a vért, az üvegtesti kötegeket és hegeket távolítjuk el. Szükség szerint ezen a nyíláson keresztül egyéb eszközök is bevezethetők a szem belsejébe, amelyek a műtét során szükségesek (pl.: üvegtesti olló, üvegtesti csipesz, intraocularis laservég). A műtétet operációs mikroszkóp alatt különféle optikai eszközök és segédanyagok (siliconolaj, szövetbarát gázok, nehézvíz) felhasználásával végezzük. Az esetlegesen beültetett siliconolajat a későbbiekben el kell távolítani, néha kicserélni.

3. Az eljárás esetleges veszélyei és az eddigi tapasztalatok:

- újabb üvegtesti vérzés
- érhártya vérzés
- látóhártya szakadás vagy látóhártya leválás
- szemnyomás emelkedés
- szürkehályog
- gyulladás

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

- a látás teljes megromlása
- később az üvegtesti kötegek leránthatják a látóhártyát
- cukorbetegség miatt kialakuló szemfenéki elváltozások követhetetlenek, a szükséges lézerkezelés kivitelezhetetlen

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, 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.

Szeged, 201 _____

_____ a beteg olvasható aláírása

_____ vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve: _____

Törv. képvis. neve: _____

Születési ideje: _____

Születési ideje: _____

Születési helye: _____

Születési helye: _____

Lakcíme: _____

Lakcíme: _____

(1) nem kívánt rész törlendő!

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

_____ (1) Tanú aláírása

_____ (2) Tanú aláírása

(1) Tanú neve: _____

(2) Tanú neve: _____

Születési dátum: _____

Születési dátum: _____

Lakcím: _____

Lakcím: _____