



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Lézersebészeti beavatkozás

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatályba lépés:
2017-01-09

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

Telephely megnevezése:

Telephely címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

bb) gyermeke, ennek hiányában

bc) szülője, ennek hiányában

bd) testvére, ennek hiányában

be) nagyszülője, ennek hiányában

bf) unokája

c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában

cb) szülője, ennek hiányában

cc) testvére, ennek hiányában

cd) nagyszülője, ennek hiányában

cc) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:
Címe:
Telefonszáma:

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

Proliferatív diabeteszes retinopathia: szabálytalanul növev erek az ideghártyán az elzáródott vénák miatt.

Ideghártyavizenyő /maculaoedema/: ideghártya ereinek kóros átjárhatósága a folyadékkal szemben

Ideghártyasorvadás /maculadegeneráció/: kórosan növekvő erek az ideghártya közepén

Ideghártya szakadás vagy lyuk: az ideghártya hiánya retina alatti folyadék nélkül

Nyitott zugú, vagy érújdonképződéses glaucoma /zöldhályog/: szemnyomás emelkedés.

2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):

Jobb szem

Bal szem

Felsőzíni érzéstelenítés

Retrobulbaris érzéstelenítés

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

Ideghártya lézerkezelése Csarnokzug lézerkezelése Szivárványhártya lézerkezelése
 Egyéb:

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

Lézer energia segítségével az ideghártya bizonyos rétegeiben, csarnokzugban, illetve a szivárványhártyán hegesedést illetve strukturális változást okozó károsodást hozunk létre, melyek következtében, így a 8. pontban leírt eredményeket érjük el.

A beavatkozás előnyei:

Cukorbetegségben: Ha a lézer kezelést elvégezzük érujdonképződéses állapotban, akkor a látáscsökkenés kialakulása 50 százalékkal csökken. 2 éves követéssel a nem kezelt esetekben 16, a kezelt esetekben 6 százalék a látáscsökkenés kockázata. A sárgafolt vizenyőjének kialakulása 12 hónapos követés során kezelt esetekben 33 százalékban javult, míg kezeletlen esetben 7 százalék, romlás kezelt esetben 4, kezeletlen esetben 27 százalék. 2 éves követésben a kezeletlen esetekben 43 százalék.

Ideghártya leválás esetén: a szakadás körül lezárjuk a folyadék beáramlásának az útját az ideghártya mögé ez által a további leválást megakadályozzuk.

Zöldhályog esetén: a beavatkozást követően a szemnyomás csökken, kevesebb cseppet kell használni, de a hatása időleges így a későbbiekben emelkedhet a szemnyomás.

A beavatkozás kockázatai: Az ideghártya lézer kezelésekor : mivel ez egy csonkoló beavatkozás ezért annak érdekébe, hogy a látásromlást elkerüljük az ideghártya bizonyos területeit elpusztítjuk, így azok a részek nem működnek tovább. Esetleges vérzés alakulhat ki, ill. látótér szűkülése jön létre a kezelés hatására. A nagy területen végzett kezeléskor ideghártya vizenyő alakulhat ki átmenetileg. Ideghártya szakadás esetén nem tudja kellőképpen lezárni a szakadást, ilyen esetekben műtéti beavatkozás szükséges a további károsodás elkerülése végett.

A szivárványhártya, ill. csarnokzug lézer kezelése során: esetleges vérzés jöhet létre.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

Ha cukorbetegségben a lézer kezelés nem történik meg a folyamat előrehaladtával a későbbiekben akár teljes vakság alakulhat ki.

Ideghártya szakadás: az ideghártya nem fekszik vissza, a mögé szivárgó folyadék hatására egyre nagyobb terület fog leválni és ezt követően már csak műtéti megoldás lehetséges.

Zöldhályog esetén: a magas nyomást ha nem sikerül csökkenteni akkor egyre nagyobb területeken jön létre idegrost pusztulás, ez előbb a látótér beszűküléséhez, majd akár súlyos látásromláshoz vezethet.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Kezelőorvosa a lézer kezelést csak abban az esetben javasolja, amikor a tudomány jelen állása szerint ez a választandó eljárás.

Alternatíva csak a kezelés visszautasítása.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Cukorbetegségben:

- az abnormális erek elzáródása, érujdonképződések visszafejlődése
- a kilépett folyadék felszívódása,

Retina szakadásnál: a retinális szakadás elzáródása

- a folyadék beáramlásának megakadályozása a retina mögé
- a lehetséges retinaleválás megelőzése.

Zöldhályog esetében:

- a szivárványhártya kezelésekor: kisebb hegeket hozunk létre így kifeszül és a csarnokzug megnyílik ezáltal
- a zug lézer kezelésekor: a kezelés hatására javul a csarnokvíz elfolyás, de ez a folyamat csak időleges, 5 éven belül emelkedhet újra a szemnyomás.

Végeredményben a szemnyomás csökkenése érhető el ezek által.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

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

Figyelmeztetés!

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig

köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700