

Szemészeti Osztály beleegyező nyilatkozatai:

1. Amnionfedés	2. oldal
2. Üvegtesti VEGF-gátló injekció	3. oldal
3. Argon lézer	5. oldal
4. Bórdaganat	7. oldal
5. Chalazion eltávolítás	9. oldal
6. Cyclophotocoagulation.....	11. oldal
7. Cryopexia	12. oldal
8. Csarnoköblítés	13. oldal
9. Dermatochalasis	14. oldal
10. Ectropium	16. oldal
11. Entropium	17. oldal
12. Enuclatio	18. oldal
13. Eversio	20. oldal
14. Evisceratio	21. oldal
15. Érfestés – FLAG	22. oldal
16. Gázfeltöltés	24. oldal
17. Vancomycin injekció	26. oldal
18. Kancsalság elleni műtét.....	27. oldal
19. Szürkehályog műtét	29. oldal
20. Lagophthalmus	31. oldal
21. Subluxatio	32. oldal
22. Másodlagos műlencse beültetés	33. oldal
23. Pterygium	35. oldal
24. Ptosis miatti műtét	36. oldal
25. Szaruhártya elváltozás	37. oldal
26. Szaruhártyába került idegentest eltávolítás.....	38. oldal
27. Szemsérülések	39. oldal
28. Szilikon olaj lebocsátás	41. oldal
29. Glaucoma elleni műtét	42. oldal
30. Vitrectomia műtét	44. oldal
31. Másodlagos szürkehályog YAG lézer kezelése	46. oldal
32. YAG lézer iridotomia	47. oldal

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet**Szemészeti osztály****Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly****Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz****Amnionfedés műtét****Kedves Betegünk!**

Mit értünk amnionfedés alatt: magzatburok megfelelően előkészített darabkájának felvarrását a szemfelszínre, szaruhártya folyamatok gyógyulásának elősegítésére.

Beavatkozás célja: a beteg terület fedése, ezzel a fertőzés veszély csökkentése, valamint a fájdalom, fényérzékenység, szemszúrás, könnyezés mérséklése. A magzatburok sejtjei és anyagai emellett elősegítik a beteg terület gyógyulását, a hámhiány megszűnését is.

Előkészítés: már előzőleg kezelt szemeken végezzük, helyi érzéstelenítésben, éhgyomor nem szükséges, gyógyszereit vegye be.

Megjegyzés: _____

Műtét utáni teendők: általában néhány további napig kórházi bent lét, naponként kontroll, ha az adott kezeléssel békül, hazamehet. Terápiás kontaktlencse is szükséges lehet, amit a kezelőorvos helyez fel és időnként cseréli is. A gyógyulás a beavatkozást indokoló betegségtől függő ideig, általában több hétig tart. Betegállomány rendszerint kíváncsok a fertőzés veszélye miatt is.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A szemgolyó kilyukadása, befertőződése, mely a szemgolyó eltávolításához vezethet.

Az Ön kezelésében részt vesznek: kezelőorvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Üvegtesti (intravitreális) VEGF-gátló injekció alkalmazása
Kedves Betegünk!

1. Általános bevezető

Tájékoztatjuk Önt, hogy kivizsgálása alapján a látás megőrzése érdekében üvegtesti (intravitreális) injekció adása szükséges. A kezelésben való részvétel az Ön döntésén múlik. Mielőtt beleegyezik a kezelésbe, ismernie kell az injekció beadásának körülményeit, a kezelések várható előnyeit és lehetséges kockázatait. Döntését csak ezt követően hozza meg. Ha a tájékoztatót egyáltalán nem tudja elolvasni, orvosai felolvassák Önnek, de bárki segítségét kérheti ebben. Ha bármilyen kérdése van, azt a beleegyező nyilatkozat aláírása előtt felteheti orvosainak.

2. A kezelése során alkalmazott gyógyszerről

2.1 Információk az alkalmazott gyógyszerről

Az éleslátás helyének megbetegedése miatt a szem belsejébe, az üvegtesti térbe érnövekedést gátló (antiVEGF) anyagot tartalmazó injekciót adunk. Az intravitreális injekcióval a gyógyszert a megbetegedés helyére nagy koncentrációban tudjuk eljuttatni. Az első 3 hónapban havonta egy alkalommal kell kezelést kapjon. A további kezelések szükségét orvosai döntenek el a látásélesség változása és egyéb vizsgálatok alapján. Az injekció gátolja azoknak a molekuláknak a működését (úgynevezett érfüggő növekedési faktorok), amelyek felelősek a kóros erek és kóros érateresztő képesség kialakulásáért, amelyek tönkre teszik az ideghártya normál szerkezetét.

2.2 A kezelések célja

A kezelések célja a további látásromlás megakadályozása, a jelenlegi állapot konzerválása. A beavatkozással az esetek jelentős részében látásjavulás is elérhető. A látásjavulás vagy a látás stabilizálása nem garantálható eredmény, csak statisztikai átlag szerint értelmezhető.

2.3 A beavatkozások várható előnyei

A kezelések lényege az, hogy a beadott gyógyszer gátolja az új erek növekedését, a már meglévő kóros erek áteresztőképességét csökkenti. Hosszú távon az új erek jelentős része visszafejlődhet. Ennek következtében az éleslátás helyén levő víz, vér és egyéb anyagok felhalmozódása csökken, majd felszívódik. Mindennek az a következménye, hogy az éleslátás anatómiai szerkezete többé-kevésbé helyreállhat. Ilyenkor optikai koherencia tomográf (OCT) vizsgálattal az éleslátás helyén a centrális retina vastagság fokozatos csökkenését látjuk. Abban az esetben, ha a retina érintett részén még van ép fotoreceptor és az azt tápláló sejtréteg, mindez a látás jelentős javulásában, a torzlátás jelentős csökkenésében nyilvánulhat meg. Kezelés nélkül a látás általában gyorsan romlik, amint ezt tapasztalhatta. A kezelés során jelentős előny az is, ha stabilizálni tudjuk ezt a romló folyamatot. Hozzávetőlegesen mondható, hogy az ilyen kezelések esetén 30-40%-ra tehető azok aránya, akiknél jelentős látásjavulás következik be, míg több mint 90%-ra tehető azok aránya, akiknél nem alakul ki a kezelés nélkül bekövetkező jelentős látásromlás.

2.4 Lehetséges-e további látásromlás a kezelés ideje alatt?

Igen, előfordulhat, átmeneti látásromlás:

- A kezelés során az üvegtesti térbe beadott anyagok, átmeneti homályok, úszkáló foltok látását eredményezhetik, melyek egy része idővel fokozatosan csökken. Az esetek döntő többségében a látást érdemben nem befolyásolják.
- Amennyiben a kezelés nem hatásos az Ön betegségére nézve.

Előfordulhat olyan mellékhatás vagy nem kívánatos esemény, amely a látás jelentős károsodását okozhatja. Ezekről bővebben a lehetséges mellékhatások között olvashat.

2.5 A kezelésekről

Az injekció beadása erre a célra kialakított műtőben, steril körülmények között történik. Az érintett szem szabadon hagyása mellett izoláló kendővel lesz letakarva az arca. Az injekció előtt a szemrésbe további fertőtlenítő és érzéstelenítő cseppeket kap, mely mindössze enyhe csípéssel járhat. Az injekció beadása néhány másodpercig tart, legfeljebb tompa nyomást érezhet. Az injekciót követően 1 hétig ismételt antibiotikus cseppet kell használnia.

3. A lehetséges szemészeti komplikációk, mellékhatások:

A komplikációk elkerülésében Ön is segíthet. A kezeléseket követően soha ne nyúljon szeméhez, ne menjen uszodába, ne dörzsölje. Ha a legkisebb problémát is észleli, azonnal tudassa azt kezelőorvosával.

3.1 Az alkalmazás módjával kapcsolatos szemészeti komplikációk súlyosság szerint:

3.1.1 Enyhe komplikációk, mellékhatások

Átmeneti enyhe szemvörösség, vérzés a szúrás helyén, szúrásérzés, úszkáló homályok észlelése. Ezek az esetek döntő többségben nem igényelnek kezelést, de a kezelőorvosainak tudni kell róla.

Beteg aláírása: _____

ÜVEGTESTI (INTRAVITREÁLIS VEGF-GÁTLÓ INJEKCIÓ)

A pupillatágítás miatt a közeli tárgyak fókuszálásának a képessége jelentősen csökken, a szem fényérzékenysége nő. Mindezek miatt arra kérjük, hogy a vizsgálatok, illetve kezelések után ne vezessen autót.

3.1.2 Mérsékelt és súlyos komplikációk, mellékhatások:

Az alkalmazott fertőtlenítők, gyógyszerek allergiás reakciót okozhatnak. Hosszabb távon szürkehályog alakulhat ki, mely műtéttel rendkívül sikeresen kezelhető.

3.2 Egyéb szövődmények lehetnek

- Szembelnyomás emelkedése, melynek kezelése általában cseppekkel megoldható, ritkán műtéti úton.
- Retinasérülés, vérzés kezelése mindig az adott helyzettől függ, ideghártya leválás műtéttel kezelhető.
- Az egyik legsúlyosabb szövődmény az intravitreális injekciót követően fertőzőes komplikáció (endophthalmitis). Az endophthalmitis típusosan néhány nappal az intravitreális beavatkozás után alakul ki. Jellemzői: kifejezett fényérzékenység, jelentős látásromlás, szemvörösség, fokozódó szemfájdalom. Azonnali beavatkozást tesz szükségessé
- Üvegtesti vérzés, mely esélye véralvadást gátló szedése mellett nagyobb. Az üvegtesti vérzés az esetek döntő többségében felszívódik.

4. A lehetséges általános komplikációk, mellékhatások

Az injekció nem alkalmazható terhesség esetén.

Klinikai vizsgálatokban az artériás tromboemboliás események (agyvérzés, miokardiális infarktus) aránya alacsony volt, de nem zárható ki az ilyen események és a kezelés közötti potenciális kapcsolat. Emiatt ezeknél a betegségeknek fokozott elővigyázatosság szükséges.

A fent említettek miatt, ha bármilyen szokatlan tünetet észlel, haladéktalanul jelezze a vizsgálatot végzők felé, hogy mielőbb a megfelelő kezelésben részesüljön.

5. Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának:

A beavatkozás elmaradásának esetén a látás gyorsan és visszafordíthatatlanul romolhat.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, kezelős nővér, osztályos orvos, osztályos nővérek.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Szemfenéki Argon lézer kezelés

Kedves Betegünk!

Az eljárást három esetben alkalmazzuk:

1. Diabeteses retinopathia esetén (ez a leggyakoribb)

Mit jelent a cukorbetegség okozta látóhártya elváltozás?

A diabeteses retinopathia a cukorbetegség egy súlyos, gyakran vaksághoz vezető szövődménye. A betegség a látóhártya kisereit teszi tönkre először, ezzel okoz látásromlást. A betegség igen alattomos, kezdetben látászavart nem okoz, később azonban a látásromlás csaknem visszafordíthatatlanná válik. A betegség általában kétoldali.

Hogyan okozhat látásromlást a diabeteses retinopathia?

A sérült erekből vérzés indul a szemet kitöltő kocsonyás anyag - az üvegtest felé, úszkáló homályok megjelenését, hirtelen látásromlást, vagy látásvesztést okozva.

Az éleslátás helye alá a sérült kiserekből folyadék szivárog, amelynek torzult, illetve homályos látás lesz a következménye.

Milyen kezelési lehetőségek vannak diabeteses retinopathia esetén?

Legfontosabb a szénhidrát anyagcsere és a vérnyomás rendezése.

I. Lézerkezelés a perifériás retina területeken A diabeteses retinopathia előrehaladottabb stádiumaiban el kell végezni. Célja a fenyegető ideghártya leválás, a szemfenéki és a szem belsejébe törő vérzés kockázatának csökkentése. A kezelőorvos az ideghártya éleslátás helyétől távolabb eső részein kb. 2000-3000 gócot helyez el, ezáltal csökkentve a kóros erek és a következményes látásromlás kockázatát, továbbá a szemgolyó széli részek kiiktatása árán a fontos középső részek vérkeringése javul.

II. Szemfenéki lézerkezelés az éleslátás területében. Ha az éleslátás helyén a retina lemezei közé folyadék szivárog, bizonyos esetekben az érintett terület lézer kezelése lassítja, esetleg feltartóztatja a centrális látás romlását.

2. Az ideghártya szakadása esetén (csak akkor, ha nincs ideghártya leválás)

Ideghártya szakadás esetén a szakadás helyén lézerhegeket képzünk, ezzel az ideghártyát az alapjához hegesztve megakadályozzuk annak következményes leválását és a látásélesség megromlását vagy a látás elvesztését.

3. A vena centralis retinae ágának vagy törzsének trombózisa (vérrögképződés a vénákban) miatt kialakult érújdonképződések esetén

A vena centralis retinae ágának vagy törzsének trombózisa után, ha a szövetekben súlyos táplálkozási zavar (ischaemia) észlelhető, indokolt lézerkezelés végzése. Ezzel a beavatkozással kiiktatjuk az érújdonképződést indukáló vagy a mérsékelt érújdonképződést tartalmazó ideghártya részeket, és megelőzzük a látásvesztést vagy a már nem látó szem fájdalmassá válását.

Beteg aláírása: _____

Hogyan történik a lézerkezelés? Pupillatágítást és szemfelszíni érzéstelenítést követően, egy, a szemre helyezett kontaktlencse segítségével történik a kezelés. A kezelés során villanó fényeket észlel a beteg, időnként csípő, szűrő fájdalom lehetséges. A kezelés után a látás átmenetileg homályos marad. A beavatkozás általában több alkalommal is végezhető, amennyiben szükséges.

Érújdonképződés, ideghártya szakadás esetében fokális lézerkezelés történik az érintett szemén.

A kezelés nem gyógyítja meg az elváltozást, csupán a fenyegető vakság kialakulásának kockázatát csökkenti.

Néha jó látás mellett is el kell végezni a beavatkozást, mert egy nagyobb látásromlás előzhető meg vele. Minden esetben a lézer kezelés szöveti roncsolódást jelent, megmentve ezáltal a látáshoz szükséges ideghártya területeit.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának? A meglévő állapot tovább romolhat és visszafordíthatatlan elváltozások keletkezhetnek. A szem fájdalmassá válhat, néha annyira, hogy annak eltávolítása válik szükségessé. Az ideghártya leválásával teljes vakság következhet be.

Milyen komplikációra lehet számítani? A lézerkezelés közben bevérzés keletkezhet, mely úszkáló homályok megjelenését, vagy látásromlást okozhat. Enyhébb esetben a vérzés spontán felszívódik, súlyosabb esetben vitrectomia elvégzését teheti indokolttá. Ritkán előfordulhat az ideghártya lézer okozta sérülése. A beavatkozás után a látás homályosabb lesz átmenetileg.

A felvilágosító beszélgetés kapcsán tegye fel az Önnek fontos kérdéseket.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, kezelős nővér, osztályos orvos, osztályos nővérek.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-

Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20__ / __ / __.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet**Szemészeti osztály****Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly****Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz****Kedves Betegünk!**

Önnél az előzetes vizsgálatok _____ betegséget állapítottak meg és ennek megfelelően az alábbi beavatkozás elvégzését tartjuk szükségesnek: _____

Röviden tájékoztatjuk betegségéről és a további teendőkről.

Mit értünk jóindulatú bőrdaganat alatt? A bőrön előemelkedő, a bőrben, illetve a bőr alatt elhelyezkedő különböző méretű, illetve színű elváltozások. Általában panaszt nem okoznak, de viszkethetnek, irritációnak kitett helyen begyulladhatnak és így fájdalmat okozhatnak. Veszélyük, hogy rosszindulatúvá (malignizálódás) válhatnak – szerencsére csak igen ritka esetben.

Műtéti beavatkozás célja, az elváltozás éppen történő eltávolítása és a daganat tulajdonságának szövettani meghatározása. Alternatív megoldás nincs, punkciónak, biopsziának nincs helye.

A jóindulatú bőrdaganatok lehetnek:

1./ **Atheroma** vagy kásadaganat, faggyúmirigyből indul ki, bűzös bennéke van.
2./ **Epidermális cysta.** Traumát követően a bőr alkotóelemei szubkután térségbe kerülnek és betokolódnak.
3./ **Verruca.** Vírus okozta szemölcs. Igen fájdalmas mélyre terjedő elváltozások lehetnek. Konzervatív kezeléssel ritkán tüntethetők el. Oka, hogy a kezelő szerek a mélyen fekvő területeket nem érik el. 4./ **Lipoma.** Lágy, általában tokkal körülvett növekvő zsírdaganat. 5./ **Xanthelasma.** Tokosodás nélkül a környezettől jól elkülönülő felszínes zsírlerekódás a szemhéj szövegeiben. 6./ **Fibroma.** Bőr alatt tömött csomók helyezkednek el. Recidiválhatnak (kiújulhatnak), sőt malignizálódhatnak. 7./ **Haemangioma.** Kapillárisokból kiinduló érdaganat. 8./ **Naevusok.** Festékes anyajegyek, lehetnek bőrön és nyálkahártyán egyaránt. Irritációnak kitéve malignizálódhatnak. **TILOS:** konzervatív kezelés, kenőcsözés, maratás, lekaparás, fagyasztás, lézer kezelés, ugyanis **ilyenkor nincs mód szövettani vizsgálatra.**

8./ **Keratosisek.** Bőrből kiemelkedő szemölcsszerű elváltozások. Rosszindulatúvá válhatnak.

Mit értünk rosszindulatú bőrdaganat alatt? A bőrben, a bőr rétegei alá terjedő, növekvő, gyakran kisebesedő, konzervatív kezeléssel nem gyógyítható bőrelváltozás. Bizonyos típusok áttétet adhatnak, kiújulhatnak. Legveszélyesebb változatuk agresszív növekedése és áttétképző hajlama miatt halálhoz vezethet (pl.: melanoma malignum).

Rosszindulatú bőrdaganatok típusai: 1./ **Basalioma.** Helyileg burjánzó, lassan növekvő daganat Nagyon ritkán ad áttétet. Messze az éppen kell eltávolítani. Sugárérzékeny. 2./ **Spinalioma.** Gyorsan növekvő, roncsoló laphámrák. Gyakran ad áttétet. Bőrből kiemelkedő pörkkel fedett daganat. Napsugárzásnak kitett helyeken, gyakran hegekből indul ki. Radikális eltávolítás, nyirokcsomók eltávolítása, besugárzás szükséges.

3./ **Melanoma malignum.** Igen rosszindulatú, korán ad áttétet. Kb. 1/3-uk festékes anyajegyből indul ki. A korai felismerés és kezelés mentheti meg a beteg életét.

Rizikófaktorok. Erős napsugárzás (ún. ózonlyuk effektus), szeplősség, atípusos anyajegyek, melanoma előfordulása a családban. **TILOS:** konzervatív kezelés, kenőcsözés, maratás, lekaparás, fagyasztás, lézer kezelés ugyanis **ilyenkor nincs mód szövettani vizsgálatra.**

Műtéti beavatkozás célja, az elváltozás messze az éppen történő eltávolítása, a daganat tulajdonságának szövettani meghatározása. Alternatív megoldás nincs, punkciónak, biopsziának nincs helye. Műtéti megoldás történhet helyi érzéstelenítésben, de a nagyobb kiterjedésű, több cm nagyságú elváltozások eltávolítása altatásban vagy gerinc érzéstelenítésben kell, hogy történjen.

Beavatkozás szövődményei lehetnek:

Általános szövődmények lehetnek: Esetlegesen a helyi érzéstelenítőszerrel szembeni érzékenység, Ideges, stresszelt állapot miatti rosszullét, collapszus (ájulás).

Beteg aláírása: _____

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



BŐRDAGANAT ELTÁVOLÍTÁS

Műtéti szövődmények lehetnek: Vérzés, idegsérülés, műtét utáni bőr érzéstelenség, gyulladás (bőrpír), nyirokfolyás, nyirokódéma, savózás, gennyedés, sebszétválás, sebelhalás, bőrszél elhalás, heg fájdalom (lehet tartós is idegsérülés esetén). Lilás elszíneződés (véraláfutás).

Az esetlegesen fellépő szövődmények kezelése mindig az aktuális helyzettől függ és személyesen az operáló orvos ad róla részletes felvilágosítást.

A társult betegségek – cukorbetegség, magas vérnyomás, immunbetegségek, vérzékenységi hajlam, tüdő- és szívbetegségek –, dohányzás, alkohol-, drogfogasztás, gyógyszereszedés a műtét és szövődményeinek kockázatát lényegesen növelik.

Amennyiben a kezelőszemélyzet ezen tényeket ismeri, a kezelés kockázata is csökkenthető.

Műtéti előkészítés: Műtét előtt trombozist (vérrögződés a vénákban) gátló injekciót nem kap a beteg. Éhgyomor nem szükséges. Gyógyszereit vegye be. Az érzéstelenítő hatásának elmúlása után komoly fájdalomnak nem szabad lennie. 1-1 tabletta fájdalomcsillapítónak elégnek kell lennie. **Gyakori, típusműtétről van szó.**

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: Jóindulatú daganat esetén kevésbé veszélyes, bár a daganat nőhet, sérülhet, esztétikai zavart okozhat, bizonyos esetekben rosszindulatú elfajulás léphet fel. Rosszindulatú daganat esetén a daganat nőhet, áttéteket képezhet, váladékozó, bűzös, kezelhetetlen helyzet állhat elő.

Műtét előtti teendők: Bőrgyógyászati szakvizsgálat után szemészeti szakrendelésen történik a vizsgálat és az előjegyzés.

Műtét utáni teendők: Otthoni sebkezeléssel kapcsolatban az operáló orvosa ad felvilágosítást. A műtét kiterjedésétől, testrészen való elhelyezkedésétől, a beteg foglalkozásától függ, hogy mikor állhat munkába. Kezelőorvosával részletesen megbeszélheti.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, rendelőintézeti vagy kórházi szakasszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-

Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezeléséről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Chalazion eltávolítása

Kedves Betegünk!

Mi a chalazion?

A jégárpa a szemhéjszéli mirigyek kivezető csövének elzáródásával járó gyulladásos megbetegedés. A folyamatosan termelődő mirigyváladék, a kivezető cső elzáródása miatt, felszaporodik. A betegek a szemhéjukban kialakuló, a betegség akut szakában fájdalommal, szemhéjduzzanattal, vörösséggel járó csomó miatt fordulnak orvoshoz.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának?

A szemhéjban lévő gennyes váladékot el kell távolítani, mivel helyben hagyása esetén idővel a szemhéj megereszkedhet, valamint a szaruhártyára gyakorolt nyomó hatás miatt fénytörési hibát is okozhat, továbbá időről-időre kiújuló gyulladás jelentkezhet.

Műtéti előkészítés:

Amennyiben vérhígítót szed (Syncumar, Marfarin, Warfarin), LMWH-ra átállítás szükséges az esetleges vérzéses szövődmények elkerülése céljából, ez esetben a háziorvos felkeresése szükséges. Nem éhgyomorra történik a beavatkozás. Enni, inni, gyógyszereket bevenni szabad.

Hogyan zajlik a beavatkozás?

Helyi érzéstelenítésben, mely többségében lidocain injekció adásából áll az érintett területre, előzetes betadine-os lemosást követően. A szemhéj belső felszínéről nyitjuk meg és ürítjük ki a gennytartalmat, elkerülve így látható és esztétikailag zavaró heg kialakulását. Ezt követően antibiotikumot cseppentünk/kenőcsös kötést helyezünk fel, mely másnap eltávolítandó.

Mik a lehetséges szövődmények/mellékhatások?

A helyi érzéstelenítő injekcióra jelentkező túlérzékenysége reakció. Az injekció következtében szemhéj haematoma, duzzanat alakulhat ki, ez viszonylag gyakori következmény, ártalmatlan, teendőt nem igényel. Vérhígító szedése esetén azonban kifejezetten lehet, ezért vérhígító alkalmazása esetén a műtét előtt kezelőorvos tájékoztatása indokolt. Gyulladás, bőrpír, gennyesedés. Egyéb érdemi szövődmény nem szokott előfordulni. Keloidos gyógyhajlamúak esetén fordulhat csak elő kifejezetten hegesedés, mely extrém ritka. Ideges, stresszes állapot miatti rosszullét, collapsus (ájulás).

Beteg aláírása: _____

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



Szükséges-e kontroll/utókezelés?

Az esetek túlnyomó többségében localis antibiotikus cseppkezelés elegendő, kontrollt sem igényel. Váladékozás, fájdalom, szemhéjvörösség esetén érdemes kontrollra jelentkezni. Banális fájdalomcsillapítónak maximálisan elegendőnek kell lennie a posztoperatív szakban. Gyakran jelentkező chalazion esetén érdemes diabetes vagy allergia irányában háziorvosánál jelentkezni további vizsgálatokra.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon

Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Cyclophotocoagulation
 Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok alapján **Glaucoma sec.** betegséget állapítottunk meg és ennek megfelelően **lézeres műtét** elvégzését tartjuk szükségesnek.

Szemfájdalmát az emelkedett szemnyomás okozza. Jelenleg szemnyomásai konzervatív terápiával nem tarthatók egyensúlyban. A szemnyomás, és ezáltal a fájdalom csökkentése lézerrel lehetséges.

Szövődmények: Az injekció beadása és a lézerkezelés után szemnyomása átmenetileg megemelkedhet, ami fájdalommal, illetve a következményes gyulladással, esetleges izzadmányképződéssel járhat, ami további látásromlást okozhat. Szoros megfigyelés mellett azonban néhány nap után a kezelés hatására ezek a tünetek mérséklődnek.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: Fájdalom, látásromlás fokozódhat.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapottommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz

Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok alapján **Glaucoma sec.** betegséget állapítottunk meg és ennek megfelelően **fagyasztásos műtéti beavatkozás (Cryopexia)** elvégzését tartjuk szükségesnek.

Szemfájdalmát az emelkedett szemnyomás okozza. Jelenleg szemnyomásai konzervatív terápiával nem tarthatók egyensúlyban. A szemnyomás és ezáltal a fájdalom csökkentése fagyasztással lehetséges.

Szövődmények: Az injekció beadása és a fagyasztás után szemnyomása átmenetileg megemelkedik, amely fájdalommal jár, illetve a következményes gyulladás miatt izzadmány képződik, amely további látásromlást okozhat. Szoros megfigyelés mellett azonban néhány nap után a kezelés hatására ezek a tünetek mérséklődnek.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A fájdalom fokozódhat.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ: _____
 tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____/____/____.

 a beteg aláírása

 az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok alapján **Hyphaema, hypopyon (vér, genny az elülső szemcsarnokban)** betegséget állapítottunk meg és ennek megfelelően **csarnoköblítés** beavatkozás elvégzését tartjuk szükségesnek.

Mi a csarnoköblítés? A szaruhártya széli részén készített nyíláson keresztül, kanül segítségével az elülső szemcsarnokból a genny vagy a vér kiöblítése.

Mi a műtét lényege és célja? Az elülső szemcsarnokból kiöblített vér javítja a látást, megakadályozza a szaruhártya beivódását, a genny kiöblítése csökkenti a gyulladást és az egyéb következményes elváltozások kialakulását.

Megjegyzés: _____

Szövődmények: A műtét során a vérzés újraindulhat. Műtét közben a szivárványhártya előeshet.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: Ha a csarnokban hosszú ideig nagy mennyiségű vér van a szaruhártya beivódása-elhomályosulása alakulhat ki. A genny az elülső csarnokban a szivárványhártya letapadását, a gyulladásos folyamat elhúzódását, súlyosbodását okozhatja.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____

tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20__ / __ / __.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Dermatochalasis betegség miatt végzett műtét

Kedves Betegünk!

A betegség lényege: a bőr rugalmasságának csökkenésével, öregedésével a felső szemhéjak bőre megereszkedik, ráborul a szempillákra, sokszor a látást is akadályozhatja.

FONTOS!

Esztétikai célból ilyen beavatkozást nem végzünk, csak akkor, ha az elváltozás a látást befolyásolja.

A beavatkozás lényege: a felső szemhéj lelógó bőrfeleslegét eltávolítjuk, a sebvonalat varratokkal zárjuk.

A műtét célja: a felső szemhéj funkcionális és esztétikai helyreállítása.

Lehetséges műtéti szövődmények: vérzés, környező bőrterületek alávérzése, szemhéjak duzzanata, varratelégtelenség, gyulladás. Egyes esetekben a fokozott hegképződés miatt maradandó esztétikai problémák adódhatnak.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A szemhéj annyira megereszkedhet, hogy a látási panasz fokozódik.

Megjegyzés: _____

Műtét előtti teendők: A műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük. A rendszeresen szedett gyógyszereket a szokott időben és dózisban vegye be.

Műtét utáni teendők: A szem körüli szövetek duzzanata, valamint egy esetlegesen kialakuló gyulladás megelőzése miatt, antibiotikum és gyulladáscsökkentő tartalmú kenőcs használata, valamint jegelés alkalmazása javasolt. Kontroll vizsgálat általában a műtétet követő ötödik-hetedik napon történik, ekkor végezzük el a varratok eltávolítását. A szem környéki duzzanat és vérömleny általában 1-2 hét alatt spontán megszűnik. A felső szemhéj műtéti hege csak csukott szemhéj mellett észlelhető.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

Beteg aláírása: _____

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____)
TAJ: _____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent
Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok alapján **Ectropium** betegséget állapítottunk meg és ennek megfelelően **Ectropium** ellenes **műtéti** beavatkozás elvégzését tartjuk szükségesnek.

Mi az Ectropium? A szem kiszáradhat, szűrhet, vörössé válhat. A kiszáradás miatt a szaruhártyán fekélyek jelenhetnek meg.

Mi a műtét lényege és célja? A beavatkozás során a kifordult szemhéjat rövidítjük megfelelő nagyságú szemhéj darab kivágásával.

Szövődmények: A műtét során elvégzett kiigazítás lehet elégtelen, illetve túlzott. Mindkét esetben a későbbiekben újabb műtetre van szükség. Műtét közben bevérzés következhet be.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A kiszáradás miatt kialakult gyakori szaruhártyafekélyek miatt a kötőhártya rákúszhat a szaruhártyára. A kezeletlen szaruhártyafekély kilyukadhat és végső soron vakság is kialakulhat.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20__ / __ / __.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok alapján **Entropium** betegséget állapítottunk meg és ennek megfelelően **Entropium ellenes műtéti** beavatkozás elvégzését tartjuk szükségesnek.

Mi az Entropium? Az entropium a szemhéj szélének befordulását jelenti. Az elváltozás az alsó, illetve a felső szemhéjon is megjelenhet. A befordulás következtében a szempillák dörzsölhetik a szaruhártyát, ami ennek kifeléelyesedéséhez vezethet. Nagyon súlyos esetben a szaruhártya kilyukadhat és végső soron vakság is bekövetkezhet. Az elváltozás tünetei: szúrás, vörösség, váladékozás.

Mi a műtét lényege és célja? A beavatkozás során a befordult szemhéj bőréből megfelelő nagyságú darabot eltávolítunk és a szemhéj szélét a helyes irányban varratok segítségével rögzítjük.

Szövődmények: A műtét során elvégzett kiigazítás lehet elégtelen, illetve túlzott. Mindkét esetben, a későbbiekben újabb műtetre van szükség. Műtét közben bevérzés következhet be. Műtét előtt gyakran váladékozást tapasztalunk, mely a műtétet követően megmaradhat, fokozódhat.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A szempillák által okozott állandó irritáció miatt a szaruhártya kifeléelyesedhet és kilyukadhat és végső soron vakság is kialakulhat.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____ fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
A szemgolyó eltávolítása (enucleatio)

Kedves Betegünk!

A beavatkozás lényege: a fájdalmas, vak szemgolyóban elhelyezkedő rosszindulatú daganat miatt a szem eltávolítása.

A műtét technikailag a kötőhártya felfejtéséből, a szemizmok, és a látóideg átmetszése után a szemgolyó eltávolításából áll, melyet követően a kötőhártya sebet összevarrjuk.

Megjegyzés: _____

Műtégi szövődmények: Vérzés, varrat elégtelenség, gyulladás, hegfájdalom. Szemhéjak lilás elszíneződése, szemüreg bevérvése, a szemhéjak záródási zavara. Társult betegségek a műtét kockázatát növelik. Amennyiben ismerjük a kockázati tényezőket, a műtét és a műtét utáni kezelés kockázata csökkenthető.

Műtét előtti teendők: A műtétet altatásban végezzük. A műtét reggelén a beteg nem eszik, nem iszik, a szükséges gyógyszereket egy korty vízzel vegye be.

Műtét utáni teendők: A műtét másnapján a beteg felkelhet, néhány napig kötés lesz a szemén. Az ideiglenes műszem behelyezése a gyógyulástól függően a műtét után kb. két hét múlva lehetséges. A műszemmel kapcsolatos teendőket a műszem laboratóriumában pontosan elmagyarázzák, megtanítják. A műtét után gyulladáscsökkentő szemcseppet kb. két hétig szükséges csepegtetni, műkönnyet vagy egyéb váladékozást csökkentő, illetve síkosító cseppeket valószínűleg folyamatosan kell használni.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A tartós fájdalom lehetetlenné teszi a normál mindennapi életet. A magas szemnyomás étvágytalanságot, hányingert, hányást okozhat. A beteg fájdalom miatti panaszai nem szűnnek meg, illetve, amennyiben rosszindulatú a daganat és nem történik meg a beavatkozás, akkor az egész szervezetben áttétet adhat, a beteg túlélési esélyei csökkennek.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

Beteg aláírása: _____

SZEMGOLYÓ ELTÁVOLÍTÁSA - ENUCLEATIO**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____)

TAJ: _____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____ / ____ / ____.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok alapján **Eversio puncti lacrimalis palpebrae inferioris** l.u. betegséget állapítottunk meg és ennek megfelelően **Eversio ellenes műtéti beavatkozás** elvégzését tartjuk szükségesnek.

Mi az Eversio? Az alsó szemhéjon lévő könnypont nem merül a könnytócsába, ezért a könny levezetése nem biztosított. A beteg könnyezik, a szem könnyben úszik, a könny kifolyik az arcra. Zavaró lehet a látásban is.

Mi a műtét lényege és célja? A beavatkozás során a kifordult alsó könnypontot visszafordítjuk, hogy belemertüljön a könnytócsába és ezáltal a könny levezetése az orrba biztosítva legyen. A könnyezés, könnycsorgás megszűnjön.

Szövődmények: A műtét során elvégzett kiigazítás lehet elégtelen, illetve túlzott. Mindkét esetben, a későbbiekben újabb műtetre van szükség. Műtét közben bevérzés következhet be.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A későbbiekben az elváltozás súlyosbodása következtében a szemhéj kifordulása alakulhat ki, annak állandó gyulladásával, váladekózásával, mely a szem gyulladását okozhatja.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____

tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
A szemgolyó belső tartalmának eltávolítása (visceratio)

Kedves Betegünk!

A beavatkozás lényege: a fájdalmas, vak, gyógyszeres kezelésre nem reagáló szemgolyó tartalmának az eltávolítása.

A műtét lényege: a szem külső burkának megtartásával, a teljes belső tartalmának a kiürítése. A kötőhártya felfejtése után a szaruhártya eltávolítása, majd az ínhártyán belüli részek nagyon alapos eltávolítása. Ezután a szem külső burkát (a sclerat) varratokkal zárjuk, és a kötőhártyát egyesítjük felette.

Megjegyzés: _____

Műtégi szövődmények: Vérzés, varrat elégtelenség, gyulladás, hegfájdalom. Szemhéjak lilás elszíneződése, szemüreg bevérvése, a szemhéjak záródási zavara. Társult betegségek a műtét kockázatát növelik. Amennyiben ismerjük a kockázati tényezőket, a műtét és a műtét utáni kezelés kockázata csökkenthető.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A tartós fájdalom lehetetlenné teszi a normál mindennapi életet. A magas szemnyomás étvágytalanságot, hányingert, hányást okozhat.

Műtét előtti teendők: A műtétet altatásban végezzük. A műtét reggelén a beteg nem eszik, nem iszik, a szükséges gyógyszereket egy korty vízzel vegye be.

Műtét utáni teendők: A műtét másnapján a beteg felkelhet, néhány napig kötés lesz a szemén. Az ideiglenes műszem behelyezése a gyógyulástól függően a műtét után kb. két hét múlva lehetséges. A műszemmel kapcsolatos teendőket a műszem laboratóriumában pontosan elmagyarázzák, megtanítják.

A műtét után gyulladáscsökkentő szemcseppet kb. két hétig szükséges csepegtetni, műkönnyet vagy egyéb váladékozást csökkentő, illetve síkosító cseppeket valószínűleg folyamatosan kell használni.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____ fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz

Kedves Betegünk!

Szemészeti bajának, illetve a betegség súlyosságának közelebbi meghatározására **érfestéses vizsgálatot (FLAG, orvosi nyelven: fluoreszcein angiográfiát)** tervezünk.

Ennek folyamán pupilláját erősen kitágítjuk, majd karvénájába sárga színű anyagot fecskendezünk és annak megjelenését a szemben fénykép-sorozattal rögzítjük.

Megjegyzés: _____

Mit kell Önnek tennie?

A vizsgálat előtt:

A pupillatágító cseppek után fél percig tartsa csukva a szemét!

Jelezze, ha bármiféle gyógyszer, illetve vegyszer allergiáról tudomása van!

Egyik karját tegye szabaddá az injekció beadásához!

A vizsgálat során:

Állát és homlokát tartsa szorosan a támasztékon, ne mozduljon el!

Tekintetét az orvos utasításának megfelelően irányítsa és nyissa tágra a szemeit!

A vizsgálat után:

Néhány percig nyomja a vattát az injekció helyére!

Távozás előtt várjon 20 percet és csak akkor menjen el, ha teljesen jól érzi magát!

Milyen mellékhatások jelentkezhetnek?

Kellemetlen a készülék erős fénye és villogása, maradandó károsodást azonban nem okoz. A vizsgálat után pár percig vöröses színben fog látni, bőre és a vizelet színe sötét sárga lesz kb. egy napig. Ritkán, az injekció beadása után múló émelygő érzés, hányinger jelentkezhet, amely néhány mély sóhajtás után elmúlik. Súlyosabb allergiás reakció igen ritka, ez köhögéssel, tüszögéssel, viszkető érzéssel kezdődik. Ilyen esetben jelezzen a vizsgálatot végző személyzetnek, akik a reakció kivédéséhez megfelelő felszereléssel rendelkeznek.

Milyen következményei vannak a beavatkozás elmaradásának?

Mivel a beavatkozás azért történik, hogy a diagnózist alátámasszuk, ha ez nem történik meg, akkor nem tudunk diagnózishoz jutni, így a beteget félrekezelhetjük.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, kezelő nővér.

Beteg aláírása: _____

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____)

TAJ: _____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba
beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____ / ____ / ____.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok alapján az alábbi betegséget állapítottuk meg és ennek megfelelően a következő beavatkozás elvégzését tartjuk szükségesnek.

Diagnózis: Ablatio retinae (Friss ideghártya leválás körülírtan, felül, szakadással.)

Beavatkozás: Gázfeltöltés

Mi a gázfeltöltés? Az ideghártya leválás fentebb leírt speciális esetében az üvegtesti térbe gázt fecskendezünk. (C3F8, SF6)

Mi a műtét lényege és célja? A gáz segítségével az ideghártyát az alapjára visszanyomva, a leválást okozó ideghártya szakadást lézerrel körbe zárjuk. A lézergócok elhegesednek és a beteg meggyógyul.

Megjegyzés: _____

Szövődmények: A műtét során vérzés kialakulhat. A gáz az injektálást követően expandál (kitágul), majd 4-6 hét alatt szívódik fel, ez alatt az idő alatt szemnyomás emelkedés lehetséges, gyulladás kialakulhat.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: Ha az ideghártya leválás eléri az éleslátás helyét, a beteg a látását elveszíti. Ha ez az állapot sokáig fennmarad, akkor az ideghártya és az éles látás helyének a vérellátása károsodik és a később elvégzett, az eredeti anatómiai helyzet helyreállítását szolgáló üvegtesti műtét (vitrectomia) eredményességét csökkenti. Az ideghártya leválás megszüntetése csak műtéttel, vitrectomiával lehetséges.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

Beteg aláírása: _____

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____)

TAJ: _____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba
beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam.

Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Üvegtesti térbe – intravitrealisan - adott antibiotikum (Vancomycin) injekció adása
Kedves Betegünk!

Mikor van szükség közvetlenül az üvegtesti térbe juttatni az antibiotikumot?

A szem hátsó segmentumának gennyes gyulladása (endophthalmitis) esetén:

- Ha a baktérium sérülés vagy műtét alkalmával kívülről közvetlenül az üvegtesti térbe jut, és ott súlyos, fájdalommal, látásromlással járó gyulladást okoz.
- Ha a szem elülső részének gyulladása súlyosbodik, ráterjed az üvegtesti térre és a szem hátsó részének szövetekre.
- Általános betegség részjelenségeként.

Az üvegtesti térbe helyi érzéstelenítés után, közvetlenül az ínhártyán keresztül beszúrva juttatjuk be az antibiotikumot, azon a területen, ahol az ideghártya szorosan tapad az alapjához. Egyidejűleg az üvegtestből keveset kiszívunk és azt baktérium tenyésztésre, érzékenység vizsgálatra elküldjük.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának? Amennyiben a súlyos gyulladást nem tudjuk megállítani látásvesztés, a szem elvesztése, akár a gyulladás továbbterjedése a szemüregen keresztül a környező szövetekre.

Milyen komplikációra lehet számítani? A műtét alatti komplikációk lehetnek a kötőhártya alatti és a szemben belül kialakult vérzés. Átmeneti szemnyomás emelkedés.

Milyenek a beavatkozás sikerének kilátásai? Az állapot javulása esetén az eljárás ismételt. Ha az antibiotikum nem hoz javulást vagy az állapot romlik, azonnal vitrectomiát kell végezni. Az üvegtestet műtéttel eltávolítva, az üvegtesti teret széles spektrumú, az ideghártyát nem károsító antibiotikummal kell átmosni.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
 tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelő orvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

 a beteg aláírása

 az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet**Szemészeti osztály****Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly****Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Kancsalság elleni műtét**

Kedves Betegünk!

Mit értünk kancsalság alatt? A kancsalság a két szem együttműködésének a zavara, az együttlátás hiánya. Általában a nem fixáló szem befelé vagy kifelé történő eltéréseivel jár. A kancsalság felismerését követően a gyermek szemüveget visel (teljes korrekció), és a jól látó szemét letakarják, intenzív munkára készítve ezzel a gyengén látó szemet. Ezen kezelés hatására a látásélesség tökéletessé válhat. Ha ezt sikerül elérni, de a kancsalság nem szűnik meg, akkor a kancsalműtétet el kell végezni. Párhuzamossá kell tennünk a két szemet, hogy a látott kép mindkét szemem az éleslátás helyére kerüljön. Ez a külső szemizmok gyengítésével, rövidítésével vagy az izomtapadás áthelyezésével érhető el. A párhuzamos szemállással teremtjük meg az alapját a térlátás kialakulásának. Felnőttkorban végzett kancsalműtét célja a súlyos esztétikai látvány kiküszöbölése. A műtétől látásjavulás nem várható. A két szem párhuzamos, vagy ahhoz közeli állását érhetjük el vele, jelentősen növelve a szem esztétikai szerepét. A kancsalság fokától, egyéb jellemzőitől függ, hogy egy izmon, egy szemem több izmon, vagy mindkét szemem végzünk műtétet.

Megjegyzés: _____

Hogyan végezzük a műtétet? A műtétet altatásban végezzük általában, felnőtteknél lehetséges a szem mögé, vagy az izmokhoz adott injekció segítségével is. A szegélyen kívül tapadó szemizmokat, a kancsalság típusától függően, ha nagyon vaskosak, gyengítjük, a gyenge, laza izomrostokat megrövidítjük, és egyben erősítjük. Az előbbihez elegendő rövid kötőhártya-metszés, varrat nem mindig szükséges. Az utóbbi műtét kapcsán varrat behelyezése mindig indokolt.

Milyenek a műtét sikerének az esélyei? A kancsalság a műtét után teljesen, vagy nagyrészt megszűnik, általában a kancsalság fokától függően. Ismételt műtétek esetén a műtét eredményét kevésbé lehet előre pontosan kiszámítani. Ha nem is szűnik meg teljesen a kancsalság, olyan mértékben csökken, hogy speciális hasábos szemüveggel a két szem párhuzamossá tehető. A műtét megismételhető vagy több izmon elvégezhető.

Milyen komplikációra lehet számítani? A műtét vérzéssel jár, ami a szemfehérjén vörös folt vagy vörös elődomborodó csomó formájában látható. A szemre néhány órára a vérzés csillapítására nyomókötést helyezünk. Ez kisgyermek esetén nehézséget jelent, ha mindkét szemem műtétet végeztünk. Kb. 4 óra elteltével a kevésbé vérző szemről a kötést levehetjük. Fontos, hogy ezen időszak alatt a szülő a gyermek mellett legyen. Átmeneti mérsékelt fájdalom, véres váladékozás lehetséges. Fájdalomcsillapításra ritkán, csak közvetlenül a műtét után van szükség. A műtét után kb. 2 hétig kell csepegtetni, kb. ennyi időre van szükség a vérzés felszívódásához is.

Mire kell vigyázni a műtét után? A műtét után kialakuló fokozott váladékozás esetén keresse fel kezelőorvosát. Szemét ne dörzsölje, a poros környezetet kerülje. A felvilágosító beszélgetés kapcsán tegye fel az Önnek fontos kérdéseket.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának? A kancsalság nem szűnik meg. A kancsalító szem tompa látó marad, valamint pszichés zavarokat okozhat.

Beteg aláírása: _____

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
 _____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon
 Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____ / ____ / ____ .

 a beteg aláírása

 az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Szürkehályog (Katarakta) műtét
Kedves Betegünk!

Az alábbiakban tájékoztatjuk Önt a beavatkozásról.

A szürkehályog:

A szürkehályog műtét általában nem sürgős műtét. Az Ön szemész orvosa azért javasolt szürkehályog műtétet, mert a szemlencséje homályossá vált, megnehezítve mindennapos tevékenységének elvégzését. Ma már nem kell megvárni a szemlencse teljes elszürkülését, panasz esetén a műtét korábban is elvégezhető.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: Ha nem operálják meg a szürkehályogját, a látása változatlan marad vagy tovább rosszabbodik. Ennek üteme egyénenként változó.

A szürkehályog (Katarakta) műtét:

A műtét célja az elszürkült szemlencse eltávolítása, és helyébe megfelelő dioptriájú műlencse beültetése.

Ha korábban lézeres látásjavító műtéten esett át, arról kezelőorvosát feltétlenül tájékoztassa.

A műtét általában helyi érzéstelenítésben, szükség esetén altatásban zajlik. Az érzéstelenítés módját az operáló orvos Önnel előzetesen megbeszéli. Közvetlenül az operáció előtt pupillatágító cseppeket fog kapni. Helyi érzéstelenítés esetén, érzéstelenítő szemcseppet kap, vagy helyi érzéstelenítő injekciót a szem körüli szövetekbe adva. Az altatásban végzett műtét esetén a műtét előkészítésről az altató orvos tájékoztatja Önt. A műtét alatt háton, nyugodtan kell feküdni. A műtét során a szemgolyót megnyitjuk és az elszürkült szemlencsét eltávolítjuk. Ezt követően az előzetesen kiválasztott műlencsét beültetjük az szemlencse eredeti tokjába. A műlencse lehet hagyományos, egyfókuszú vagy különböző típusú prémium (multifokális, tórikus, multifokális-tórikus) műlencse. A prémium műlencse lehetőségéről a kezelőorvosa tájékoztatja, amennyiben az Ön szeme alkalmas ilyen lehetőségre. A műtét sebet szükség esetén varrattal zárjuk. A műtét végén kötés kerül a szemre, a szemgolyó védelme céljából.

A műtét után:

Ha kellemetlen érzése lenne a műtét után, fájdalomcsillapítót vehet be, olyat, amelyet fejfájásra vagy fogfájásra szokott használni. Ha panaszai nem enyhülnek, forduljon kezelőorvosához. A legtöbb esetben a sebgyógyulás 2-6 hetet vesz igénybe, ezután lehet szemüveget csináltatni, amennyiben szükséges. A műtét után szemcseppet kell használni, melyet elektronikusan írunk fel, gyógyszerárban TAJ kártyával lehet kiváltani. A távozás napján kezelőorvosa tájékoztatja az otthoni teendőkről és a kontroll időpontjáról. Amennyiben, erős fájdalom, látásromlás, a szem fokozódó vörössége jelentkezik, azonnal keresse fel osztályunkat.

A látásjavulás valószínűsége:

A műtét után olvashat, televíziót nézhet. A gyógyuló szemnek időre van szüksége, hogy a végleges látóélesség kialakulhasson. A legtöbb szem látása javul a szürkehályog műtét után. Ne feledje, hogy ha más betegsége is van, mint pl. cukorbetegség, zöldhályog vagy időskori szemfenék elváltozás, akkor a látás egy sikeres műtét után is gyengébb maradhat.

A szürkehályog műtét előnye és kockázata:

A műtét legnagyobb előnye a látóélesség és a színlátás javulása. A kiválasztott műlencse segítségével a régebbi fénytörési hibát (rövidlátás, távollátás, astigmia) kompenzálni tudjuk. A műtét után távolra és/vagy közelre szüksége lehet szemüvegre. Teljes szemüveg mentességet nem tudunk ígérni.

Tudnia kell, hogy nagyon kicsi a szövődmény valószínűsége mind a műtét alatt, mind a műtét után. Szakszerű kezelés esetén is igen ritkán léphetnek fel szövődmények (komplikációk), melyek esetleg akár a látás teljes elvesztését is okozhatják. Néhány lehetséges szövődmény műtét alatt:

- A lencse hátsó tokjának a szakadása, amely megghiúsíthatja műlencse beültetését. Ebben az esetben a műlencsét később, újabb műtét során tudjuk beültetni.
- A lencsetok szakadásán keresztül lencsedarabok kerülhetnek a szem belsejébe, mely további műtétet tesz szükségessé. Nagyon ritkán (10.000:1) a szem belsejében nagyfokú vérzés keletkezhet, mely az esetek többségében vakさghoz vezet.

Beteg aláírása: _____

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
 Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



Néhány lehetséges komplikáció a műtét után:

- A szem vagy szemhéj véraláfutása
- Magas szemelnyomás
- Szaruhártya homályosság
- A műlencse elmozdulása
- Látóhártya vizenyő
- Látóhártya leválás, mely a látás elvesztésével is járhat
- Különböző mértékű szemgyulladás
- Allergia az alkalmazott szemcseppre

Manapság a szövődmények igen ritkák és a legtöbb esetben eredményesen gyógyíthatók. Rendkívül ritka a jelentős látásromlás (1.000:1) vagy látásvesztés. A leggyakoribb szövődmény a hátsó tok elhomályosodása. A műtét során az eredeti szemlencse tokját bent kell hagyni, mert ebbe ültetjük be a műlencsét. Évekkel a műtét után, ez a tok megvastagszik, és a látás homályossá válik. Ez minden szürkehályog műtéten átesett betegnél előfordul. Pár perces lézer kezeléssel járóbeteg ellátás keretén belül ezt a problémát orvosolni tudjuk.

Reméljük, hogy elég információhoz jutott ahhoz, hogy megnyugtathatóan dönthessen a tervezett műtétel kapcsolatban.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-

Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Lagophthalmus miatt végzett műtét

Kedves Betegünk!

A betegség lényege: A szemrés záródásának részleges vagy teljes hiánya. A szemkörüli izmok bénulásának következménye, melynek oka arcidegbénulás lehet.

A műtét lényege és célja: BLEPHARORAPHIA, a szemhéjakon átmenetileg vagy véglegesen végzünk részleges egyesítést varratok segítségével, hogy a szaruhártya ne maradjon szabadon, ne száradjon ki. Ha a beteg képes a szemét zárni, az egyesítés később könnyen szétválasztható.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A szemhéjzárás hiány miatt a könny nem oszlik el egyenletesen a szemfelszínen, a szabadon maradó részek kiszáradnak, a szaruhártya gyulladása alakul ki, amely felülfertőződve fekély kialakulásához vezethet.

Megjegyzés: _____

Műtét előtti teendők: A műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük. A rendszeresen szedett gyógyszereket a szokott időben és dózisban vegye be.

Műtét utáni teendők: Az esetlegesen kialakuló gyulladás megelőzésére antibiotikum tartalmú szemcsepp / kenőcs használata javasolt. Kontroll vizsgálat általában a műtétet követő ötödik-hetedik napon történik.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán
elvégzendő fenti beavatkozásba
beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____ fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____/____/____.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet**Szemészeti osztály****Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly****Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz**

Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok alapján az alábbi betegséget állapítottuk meg és ennek megfelelően a következő beavatkozás elvégzését tartjuk szükségesnek.

Diagnózis: Subluxatio PCL (Posterior Chamber Lens) – műlencse elmozdulás

Beavatkozás: a műlencse helyreigazítása vagy a műlencse optika centrálása.

Mi a subluxatio luxatio PCL? Szűrkehályog eltávolítás után a beültetett műlencse nem kerül a megfelelő helyre vagy elmozdul onnan. Kialakulhat műtét közben (általában műtét komplikáció következtében) vagy később a műtét utáni periódusban (szemet ért tompa sérülés után).

Mi a műtét lényege és célja? A műlencse a tokzsákba, vagy a tokzsák elé a sulcusba igazítása, a műlencse optikájának centrálása, stabil műlencse helyzet létrehozása.

Szövődmények: Ha a műlencse stabil helyzetét nem sikerül létrehozni vagy a műlencse az üvegtestbe luxálódik (elmozdul a helyéről). Mindkét esetben a későbbiekben újabb műtetre van szükség. Műtét közben bevérzés következhet be.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának? A látásromlás fokozódhat, gyulladás, magas szemnyomás alakulhat ki. A műlencse elmozdulhat az üvegtesti térbe, ahonnan eltávolítani az üvegtest műtéttel lehet.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____ fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatót. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____/____/____.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Másodlagos műlencse beültetés aphakiás szemeken

Kedves Betegünk!

Mikor van szükség másodlagos műlencse beültetésre?

Amikor a szürkehályog műtét során nem alkalmasak a viszonyok a műlencse beültetésre.

Pl.

- műtét közben kialakult: tokrepedés, szaruhártya elborulás, vérzés, üvegtest előesés, zonulolysis (lencsetartó rostok szakadása, pl. PEX-sy, Marfan-sy)
- korábbi trauma következtében kialakult: tok repedés, iris szakadás vagy bármilyen komolyabb sérülésnél, mikor az anatómiai viszonyok lehetetlenné teszik
- friss traumás sérülésnél, főleg, ha szerves idegen testtel sérült
- 5-6 éves kor alatti gyermekeknél

Milyen lehetőségek vannak a műlencse beültetésére?

1. Elülső csarnokba

- speciális elülső csarnoki műlencse kell hozzá
- gyakori a műtét után fellépő szövődmény: szaruhártya elborulás, magas szemnyomás

2. Szivárványhártyához rögzített: (előlről vagy hátulról)

- speciális műlencse kell ide is
- gyakori a későbbi elmozdulás

3. Sulcus-fixált: (szivárványhártya mögé):

- ide is speciális lencse szükséges, de normál háromtestű hátsó csarnoki lencsével is megoldható
- szemgolyó falához varratokkal vagy alagútsebbe rögzített

Milyen érzéstelenítésben zajlik?

Elsősorban helyi érzéstelenítésben (injekció), néha szükség estén altatásban is elvégezhető. Syncumart szedő betegeknél LMWH terápiára áttérés szükséges lehet.

Milyen szövődmények fordulhatnak elő?

- mivel a műtét utáni látásélesség nem számítható ki olyan pontosan, mint egy elsődleges beültetésnél, távoli és közeli korrekció viselése is szükségessé válhat
- érzéstelenítővel szembeni túlérzékenység
- műtét alatti: vérzés, ínhártya-kötőhártya szakadás, szaruhártya sérülés, szaruhártya elborulás, műlencse luxáció (a helyéről történő elmozdulás), műlencse szakadás
- műtét utáni: erős szemvörösség, gyulladás, retina szakadás, retinaleválás, magas szemnyomás

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának?

Ha a műlencsét nem ültetnénk be, akkor akár +10 dioptriás szemüveg viselése válna szükségessé.

Műtégi előkészítés: nyugtató tablettát kap. Éhgyomor nem szükséges. A gyógyszereit vegye be. Cseppeket adunk az operálandó szembe.

Beteg aláírása: _____

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
 Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



MÁSODLAGOS MŰLENCSE BEÜLTETÉS

Műtét előtti teendők: laborvizsgálat, EKG, belgyógyászati vélemény szükséges.

Műtét utáni teendők: műtét után 3-4 hétig fizikai kímélet, nem ajánlott poros, koszos helyen tartózkodni, uszodába járni is tilos. Óvatosan lehajolhat, könnyebb házimunkát is végezhet.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-

Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatót. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezeléséről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz

Pterygium (kúszóhályog)

Kedves Betegünk!

Mit értünk kúszóhályog alatt? A szemfehérjéről a szaruhártyára ránövő kötőhártya kettőzet. A szem orr felőli részén középen indul, és halad a szaruhártya centruma felé. Veszélye, hogy kezdetben torzítja a szaruhártyát és zavarja a látást, majd elérve a szaruhártya centrumát, látásromlást, látásvesztést is okozhat. Az elváltozás színe vörös, enyhén kiemelkedő, mérsékelt szűrő jellegű panaszokat okozhat. Kosztetikailag zavaró lehet. Sérülések után a szaruhártya bármely részéről ránőhet a kötőhártya, mely azonban nem kettőzet. Neve: pseudopterygium. Az elváltozás kiújulásra hajlamos.

Beavatkozás célja: A kötőhártya kettőzet eltávolítása, a kiújulás megakadályozása.

A beavatkozás szövődményei lehetnek: Kötőhártya alatti bevérzés. Emiatt a szem vörös elszíneződése, varrat elégtelenség, kifejezett szűrő fájdalom (a műtét után a szaruhártyán lévő hámhiány gyógyulásáig ez minden esetben tapasztalható), kötőhártya gyulladás, szaruhártya gyulladás. Az esetlegesen fellépő szövődmények kezelése mindig az aktuális helyzettől függ. Az operáló orvos ad róla felvilágosítást.

Megjegyzés: _____

Műteti előkészítés: Éhgyomor nem szükséges, gyógyszereit vegye be. Műtét után szűrő fájdalom, 1-1 fájdalomcsillapító tabletta bevétele szükséges lehet.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: Homályos látás, szemvörösség, esetleg látásvesztés.

Műtét utáni teendők: Otthoni kezeléssel kapcsolatban az operáló orvos ad tájékoztatást. Gyógyulási idő kb. két hét. Foglalkozásától függ, hogy mikor állhat munkába, kezelő orvosával részletesen beszélje meg.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____/____/____.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Ptozis miatt végzett műtét
Kedves Betegünk!

A betegség lényege: Ptozisnak nevezzük a felső szemhéj csüngését. Normális esetben a felső szemhéj 1-2 mm-el fedi a szaruhártya felső szélét. Ha ennél lejjebb helyezkedik el, ptozistról beszélünk.

A beavatkozás lényege: a műtét típusa függ a ptozis súlyosságától és a felső szemhéjat emelő izom funkciójától.

A műtét célja: a felső szemhéji csüngés csökkentése vagy megszüntetése.

Lehetséges műtéti szövődmények: vérzés, környező bőrterületek alávérzése, szemhéjak duzzanata, varratelégtelenség, gyulladás, szaruhártya hámszárazság kialakulása.

Megjegyzés: _____

Műtét előtti teendők: A műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük. A rendszeresen szedett gyógyszereket a szokott időben és dózisban vegye be.

Műtét utáni teendők: Az esetlegesen kialakuló kötőhártya gyulladás megelőzése miatt antibiotikum tartalmú szemcsepp használata javasolt. Kontroll vizsgálat általában a műtétet követő ötödik-hetedik napon történik. A szem környéki duzzanat és vérömleny általában 1-2 hét alatt spontán megszűnik.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: A beteg továbbra is panaszos marad.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____

tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Szaruhártya elválkozás eltávolítás
Kedves Betegünk!

Mit értünk a cornea (szaruhártya) elválkozásai alatt: Kóros hám, látást zavaró hegek, nem gyógyuló hámsérülések, pseudopterygiumok, daganatok.

Beavatkozás célja: Az állapot megszüntetése.

A beavatkozás szövődménye: Fájdalom, a széli részekén vérzés, gyulladás, sebfertőzés, a gyógyulásig idegentest érzés.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának? A látás tovább romolhat a szaruhártya elválkozások növekedése miatt.

Megjegyzés: _____

Műtét utáni teendők: A szemet bekötjük, antibiotikus és gyulladás elleni szemcseppeket, pupilla tágítót kap. Gyógyulási idő az elválkozás méretétől, mélységétől, fajtájától függő, általában egy hétnél nem több. Betegállomány foglalkozástól függően!

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____/____/____.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz

Szaruhártyába került idegentest eltávolítása

Kedves Betegünk!

Mit értünk szaruhártyába került idegen test alatt: Mindazon beékelődött, befürödött, beégett idegen anyagokat (corneális varratot, szemcséket, szikrákat, szilánkokat, növényi szálakat, állati testrészeket, fullánkot stb.), melyek a cornea állományába jutottak.

Beavatkozás célja: Minél kisebb sebbel, lehetőleg tökéletes eltávolítás.

Szövődménye a beavatkozásnak: Nagyobb hámszövet mint a seb, mélyebb seb, átfürödés, az idegentest elülső szemszarnokba jutása, a külső zónában (limbus corn.) vérzés. Előfordulhat erősebb gyulladásos reakció, sebfertőzés, a gyógyulásig minden esetben idegentest érzés.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: Idegentest provokálta szemgyulladás, fekély, gennyes szemfertőzés, szemgolyógyulladás, súlyos esetben akár a szemgolyó maradandó károsodása vagy elvesztése.

Megjegyzés: _____

Műteti előkészítés: Éhgyomor nem szükséges, gyógyszereit vegye be, helyi érzéstelenítést alkalmazunk (szemcseppek, esetleg kötőhártya alá adott injekció).

Műtét után: A szemet bekötjük, antibiotikus és gyulladás elleni szemcseppet és/vagy kenőcsöt, pupilla tágítást kap. Gyógyulás 3-4 naptól 1-2 hétig tart, ha szövődmény nincs. Betegállomány foglalkozástól függően!

Az Ön kezelésében részt vesznek: kezelőorvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapottommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20__ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok az alábbi **szemsérülés(ek)**et állapították meg és ennek megfelelően az alább megjelölt beavatkozás(ok) elvégzését tartjuk szükségesnek:

Diagnózis: _____

Beavatkozás: _____

Megjegyzés: _____

Röviden tájékoztatjuk a sérüléstípusokról és az azokkal összefüggő további teendőkről.

Mit értünk szemhéj sérülések alatt?

A szemhéj sérülések szűrő-, vágó- vagy egyéb eszközök hatására bekövetkező folytonosság megszakadások a szemhéj bőrében és/vagy mélyebb rétegeiben.

A szemhéjsérülések következtében zavart szenvedhet a szemhéjak mozgása és ennek következtében a szemhéjzárás. Ez a szem kiszáradása következtében a szem gyulladását okozhatja. Sérülhet a könnylevezetés, ez könnyezéshez, könnycsorgáshoz vezethet. A szemhéj hegei minden esetben kozmetikailag zavaróak.

A szükséges műtéti beavatkozás célja: A szövetek pontos egyesítése, ezáltal biztosítva a szemhéjak zavartalan mozgását, a szemhéjak záródását, az optimális könnylevezetést. A szemhéjak lehetőséghez képest optimális esztétikai korrekcióját.

Mit értünk a szem felszínes, félig áthatoló és áthatoló sérülése alatt?

A szem burkainak sérülését. A sérülésen keresztül idegentest juthat a szembe vagy az idegentest okozza a sérülést, de nem marad a szemben. A szem leg súlyosabb sérülése az áthatoló sérülés.

A szükséges műtéti beavatkozás célja: A szemsérüléseket a szakma szabályainak megfelelően el kell látni. A sebeket varratokkal egyesítjük. Az idegentesteket lehetőség szerint eltávolítjuk. A sérülés közben szennyeződhet a seb, ezért sebtoiletet kell végezni. A sérülés ellátása után gyulladás, vérzés léphet fel. Ennek megfelelően kell kezelni a sérültet.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának?

Amennyiben az anatómiai vagy ahhoz közeli állapotot nem állítjuk vissza, a későbbiekben a funkció sem tér vissza.

Milyen szövődményei lehetnek a fenti beavatkozásoknak?

Általános szövődmények lehetnek:

Esetlegesen a helyi érzéstelenítőszerrel szembeni érzékenység, ideges, stresszes állapot miatti rosszullet, collapszus (ájulás).

Műtéti szövődmények lehetnek:

Vérzés, idegsérülés (műtét utáni bőrérzéstelenség), gyulladás (bőrpír), nyirokfolyás, nyiroködéma, savózás, gennyedés, sebszétválás, sebelhalás, bőrszél elhalás, hegfájdalom (lehet tartós is idegsérülés esetén). Szemhéjzárási, szemhéj mozgási zavar, könnyezés, szemmozgási zavar, látásromlás, látásvesztés.

Beteg aláírása: _____

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
 Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



Az esetlegesen fellépő szövődmények kezelése mindig az aktuális helyzettől függ és személyesen az operáló orvos ad róla részletes felvilágosítást.

A társult betegségek – cukorbetegség, magas vérnyomás, immunbetegségek, vérzékenységi hajlam, tüdő- és szívbetegségek –, a dohányzás, alkohol-, drogfogyasztás, gyógyszeresedés a műtét és szövődményeinek kockázatát lényegesen növelik. Amennyiben a kezelőszemélyzet ezen tényeket ismeri, a kezelés kockázata is csökkenthető

Műtét utáni teendők:

Otthoni sebkezeléssel kapcsolatban az operáló orvosa ad felvilágosítást. A műtét kiterjedésétől, elhelyezkedésétől, súlyosságától, a beteg foglalkozásától függ, hogy mikor állhat munkába. Kezelőorvosával részletesen megbeszélheti.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
 _____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-
 Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba
 beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20__ / __ / __ .

 a beteg aláírása

 az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz

Szilikon olaj lebocsátás

Kedves Betegünk!

Mi a szilikon olaj lebocsátás? Az üvegtesti térből a szilikon olaj eltávolítása, melyet korábban műtét során helyeztek be az üvegtesti részbe. A szilikon feltöltést követően egy év múlva, ha lehetséges, ajánlott eltávolítani, illetve, ha a szilikonolaj emulzifikálódik (feloldódik), akkor el kell távolítani. Vitrectómiás kapun keresztül infúzió segítségével kimossuk, vagy leszívjuk az olajat.

Mi a műtét lényege és célja? A szilikon olaj hosszú idő után károsíthatja az ideghártyát. Ha emulzifikálódott, szemnyomás emelkedést, látásromlást okozhat.

Szövődmények: Az esetek 20%-ában az ideghártya ismét leválik. Ha levált, ismét fel kell tölteni szilikonolajjal. Gyulladás lehetséges.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának: Romlik a látás a szilikon károsító hatása következtében. A megváltozott fénytörést szemüveggel korrigálni kell. Emulzifikálódás következtében kialakult magas szemnyomás károsíthatja a látóidegfejt, látótérkiesést, nagyfokú látásromlást és akár vaktságot is okozhat.

Megjegyzés: _____

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____ fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____/____/____.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Glaucoma elleni műtét (trabecullectomia)

Kedves Betegünk!

Mit jelent a glaucoma?

A glaucoma (zöldhályog) a vakság egyik vezető oka világszerte. A glaucoma a látóideget alkotó idegrostok krónikus, progresszív pusztulását jelenti. A betegségnek számos alfaja ismeretes.

Legfontosabb rizikótenyezője a magasabb szemnyomás. Fontos azonban tudni, hogy nem minden magasnak tűnő szemnyomás jelez zöldhályogot (okuláris hipertenzió) és vannak olyan esetek is, amikor a betegnek nem magasabb a szemnyomása az átlagnál, mégis zöldhályogos károsodás fenyegeti látását (alacsony nyomású vagy normál tenziójú glaucoma).

Mikor indokolt a zöldhályog ellenes műtét?

Amennyiben cseppekkel vagy egyéb módon (lézeres beavatkozás) a szemnyomást normál tartományban tartani nem tudjuk, vagy a maximális hatóanyagú csepp terápia ellenére is látótér progresszió (állapotromlás) figyelhető meg, vagy a beteg nem tud csepegtetni vagy valamilyen okból nem biztosított a folyamatos csepegtetés, műtétet végzünk. A műtét után a szemnyomás napi ingadozása kisebb mértékű, és a szem belső folyadékának elfolyása biztosított.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának?

Ha a látóidegfő rostpusztulása nem áll meg vagy nem csökkenthető minimális szintre, akkor végstádiumú glaucoma alakul ki, azaz 5'-os csőlátótér, nagymértékű látásvesztés, majd vakság.

Hogyan végzik a műtétet?

A műtétet injekcióval történő érzéstelenítés után végezzük el. A műtét kapcsán a csarnokzugi képletek kimetszésével biztosítjuk a csarnokvíz sclera (ínhártya), majd a kötőhártya alá történő elvezetését és ezáltal a normál szemnyomást. A varratot később el lehet távolítani. A műtét ideje kb. 45 perc.

Milyen komplikációra lehet számítani?

Műtét alatti komplikációk: kötőhártya alatti, szemben belül kialakult vérzések,ínhártya átszakadása.

Korai műtét utáni komplikációk: alacsony szemnyomás, magas szemnyomás, gyulladás, csarnokban vér.

Késői műtét utáni komplikációk: alacsony szemnyomás, magas szemnyomás, látás romlás, szaruhártya kiszáradás, kötőhártya lebeny gyulladás, szürkehályog, tartós alacsony szemnyomás okozta maculopathia (éleslátás központjában fellépő elfajulás).

Milyenek a műtét sikerének kilátásai?

A korábban használt galucoma ellenes cseppek a betegek egy részénél elhagyhatók vagy számuk csökkenthető. A műtéttel látásjavulást elérni nem lehet, a korábban kialakult látásromlás vissza nem hozható. Ha a látótér nagyon beszűkült, a műtétnek nagyobb a kockázata.

Megjegyzés : _____

Beteg aláírása: _____

Mire kell vigyázni műtét után?

A szemnyomás normalizálódásáig a beteg az osztályon tartózkodik. A műtét alatt képzett nyílás elzáródását megakadályozandó a szemnyomás helyreállítása után a szemet masszírozni kell. Ezt a műveletet kezdetben az orvos végzi, később megtanulja a beteg és távozása után otthonában folytatja. Műtét után hetekig gyulladáscsökkentő cseppeket kell használni.

Műtét után 4-6 hétig kímélő életmód szükséges. Szemét dörzsölni, kimosni nem javasolt. Fájdalom, szemvörösség, látás csökkenése esetén azonnal forduljon kezelőorvosához.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon

Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20____ / ____ / ____ .

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Vitrektomia műtét üvegtesti elváltozások kezelésére

Kedves Betegünk!

Mit jelentenek az üvegtesti elváltozások?

Az egészséges üvegtest tiszta és átlátszó, feszülés nélkül simul az ideghártyához. Az esetleg kezelést igénylő üvegtesti elváltozások alatt a különböző üvegtesti borússágokat (pl. vér, gyulladásos anyagok), kívülről a szembe hatoló idegentesteket vagy az ideghártyára húzó hatást gyakorló, esetleg alapjáról elemelő, az ideghártyát kiszakító kötőszövetes hegesedést értjük.

Amennyiben nem számíthatunk az üvegtesti borússágok felszívódására, idegentest van a szemben vagy a kötőszövetes hegek az ideghártyát megemelik, redőzik, műtétet szükséges végezni.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának?

Műtét nélkül nem lehet számítani a látásélesség javulására. A szemben hagyott idegentest súlyos válaszreakciót válthat ki a szemben, toxikus (mérgező) tüneteket okozhat, néhány hónap alatt a látás teljes elvesztéséhez vezethet.

Hogyan végzik a műtétet?

A műtétet helyi vagy altatásos érzéstelenítésben végzik. Helyi érzéstelenítés során a szem mellé adott injekcióval érzéstelenítik a szemet. Amennyiben altatásos érzéstelenítésre kerül sor, arról tájékoztatást a műtét előtti kivizsgálás alkalmával az aneszteziológus orvos ad.

A műtétet mikroszkóp alatt végzik. A szemgolyót a szaruhártya mögött néhány milliméterrel ejtett kis sebeket keresztül nyitják meg. Ezeket a sebeket keresztül finom műszereket vezetnek a szembe, melyekkel az üvegtestet, az üvegtesti borússágokat, kötőszövetes hegeket, kötegeket, lemezeket, idegentestet eltávolítják. Az így eltávolított térfogatot egyidejűleg speciális összetételű folyadékkal pótolják.

Bizonyos esetekben szükség lehet egyidejűleg a szemlencse eltávolítására vagy például ideghártya leválás esetén, úgynevezett bedomborított műtét végzésére is. Amennyiben a műtét ilyen irányú kiterjesztésére lehet számítani, úgy ezen műtétek következményeiről és esetleges komplikációiról is felvilágosítást kap. Az ideghártya elváltozásainak kezelése során szükség lehet arra, hogy az ideghártyát levegővel, speciális gázokkal, vagy szilikonolajjal stabilizálják. Ezen anyagok hatásának érvényesítése érdekében a műtét utáni időszakban szükség lehet meghatározott test- és fejtartás felvételére. Amennyiben erre szükség lesz, a megfelelő fejtartásról a műtét után kap részletes információkat.

A műtét végén szükség esetén a sebeket finom varratokkal zárják, melyek maguktól felszívódnak, vagy a műtét után bizonyos idővel el lehet távolítani.

Ha a szemet szilikonolajjal töltik fel, a későbbiekben újabb műtéttel kell majd az olajat a szemből eltávolítani.

Milyenek a műtét sikerének kilátásai?

Az üvegtest elváltozásaihoz hasonlóan a műtét kilátásai is változatosak. Egyszerű üvegtesti vérzések esetén a betegek nagy részénél jelentős látásjavulás várható. Nem zárható ki azonban, hogy még sikeres műtét esetén is, az alapbetegségből adódóan újabb üvegtesti borússágok keletkezhetnek.

Ideghártya betegség, ideghártya leválás fennállása esetén az eredmények jóval kedvezőtlenebbek. Ilyen esetekben is ajánlott azonban a műtét, mivel az Ön kockázata viszonylag alacsony és műtét nélkül nem lehet számítani állapotának javulására.

Ha a szemből idegentestet kell eltávolítani, a szem sorsa az idegentest anyagától, a sérülés kiterjedésétől és az idegentest által a szembe vitt kórokozók virulenciájától (fertőzőképességétől) függ.

Milyen komplikációkra lehet számítani?

Semmilyen orvosi beavatkozás sem teljesen kockázatmentes. Egyetlen orvos sem garantálhatja az általa végzett beavatkozás sikerességét. Az üvegtesti sebészet során ritkán lépnek fel nagyon súlyos komplikációk. Ennek ellenére majdnem minden szemműtét, különösen, a szemmegnyitó műtétek szerencsétlen körülmények egybeesése esetén a szem megvakulásához vagy elvesztéséhez is vezethetnek. Szerencsére ilyen komplikációk kivételesen ritkán fordulnak elő.

Beteg aláírása: _____

2400 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.,
 Tel.: (25) 550 – 234, E-mail: szemeszet@pantaleon.hu
www.pantaleon.hu



A legnagyobb elővigyázatossággal végzett műtétek esetén is felléphetnek a következő komplikációk, melyek a látás lassú javulását, néha elhúzódó rossz látást okoznak vagy ritkán a látás teljes elvesztéséhez vezethetnek az operált szemben.

1. Súlyos bevérvések felléphetnek a műtét során vagy röviddel a műtét után.
2. Fertőzések ritkán fordulnak elő a műtét előtt, alatt és után fogantatott óvintézkedéseknek köszönhetően.
3. A műtét során a rendkívül vékony ideghártya könnyen sérülhet. Néha szükség lehet az ideghártya bemetszésére azért, hogy a heges, vongáló kötőszövetes kötegeket eltávolítsák. A legtöbb esetben az ideghártya ezen szakadásai, sérülései még a műtét során ellátásra kerülnek. Ritkán azonban ezek a sérülések a műtét utáni időszakban az ideghártya leválását vagy ismételt leválását okozhatják, újabb műtéti beavatkozást téve szükségessé.
4. A műtét alatt vagy után elhomályosulhat a szemlencse (szürkehályog képződik). A tiszta optikai viszonyok helyreállítása már a műtét során vagy egy későbbi időpontban a szemlencse műtéti eltávolításával lehetséges.
5. Az ideghártya rögzítésére az üvegtest helyére a szembe juttatott szilikonolaj – attól függően, hogy mennyi ideig marad a szemben –, szintén lencsehomályok (szürkehályog) képződéséhez vezethet. A szilikonolaj feltöltés késői következményeként szaruhártya homályok és szemnyomás emelkedés (zöldhályog) alakulhat ki.
6. A szem injekciós helyi érzéstelenítése görcsrohamot, múltó tudatvesztést okozhat. Ezek a komplikációk nagyon ritkák. Bevérezhetnek a szemhéjak, vagy a szemgödör.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
 _____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-
 Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatót. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezeléséről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____ / ____ / ____ .

 a beteg aláírása

 az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
Másodlagos szürkehályog YAG lézer kezelése
Kedves Betegünk!

Mit jelent a másodlagos szürkehályog (secunder katarakta)? A szürkehályogműtét során a szemlencse eredeti tokjába helyezzük be a műlencsét. Ebben a tokban vannak osztódásra képes sejtek. Ezek a sejtek a hátsótok és a műlencse között bekúsznak a pupilla területébe és mint vízcseppek a szélvédőn, rontják a látásélességet vagy a fibrotikus (hegesedő) elváltozások csökkentve az átlátszóságot homályossá teszik a látást. Lézer segítségével a lencsetok középső részéből eltávolítunk egy darabot a pupilla területének megfelelően, ezután a látásélesség teljessé válik.

Hogyan végezzük a beavatkozást? Pupillatágítás után érzéstelenítőt cseppentünk a szemrésbe, réslámpával egybeépített lézerkészülék elé ültetjük a páciens. A beavatkozás fájdalommentes. Fényvillanásokat lehet látni, ezt hangjelenség kíséri, kb. 5 percig tart.

Milyen komplikációra lehet számítani? Enyhe gyulladás követheti a beavatkozást, ezért átmenetileg csepegtetni kell gyulladáscsökkentő szemcseppet. Az éleslátás helyének múló vízenyője kialakulhat ritkán, átmeneti homályos látást okozva. Rövidlátókon, illetve akiknél a szemfenéken ideghártya szakadás vagy ideghártya elfajulás van, nagyon ritkán provokálhat ideghártya leválást a lézerkezelés. Úszkáló homályok előfordulhatnak a beavatkozás után.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának? A látás tovább romlik, mert a lencsetok annyira fátyolosná válik, hogy csak árnyakat lesz képes látni.

Mire kell vigyázni? Ha az úszkáló homályok nagy számban jelennek meg, fényvillanásokat lát, a látómezőben homályt észlel, azonnal tájékoztassa kezelőorvosát.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: __ __ __ / __ __ / __ __) TAJ: _____
 tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____ fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 __ __ / __ __ / __ __ .

 a beteg aláírása

 az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Szemészeti osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Kiss Károly

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz
YAG lézer iridotomia (lézernyílás készítése a szivárványhártyán)

Kedves Betegünk!

Mikor van szükség lézernyílás készítésére? Bizonyos alkatú szemeken hirtelen csarnokvíz elfolyási akadály alakulhat ki, nagyfokú szemnyomás emelkedéssel, amely nagy fájdalommal, látásromlással, szemvörösséggel járó állapot (heveny zöldhályogos roham). Ezen esetekben a következő roham csak a lézernyílás elkészítésével kerülhető el. A beavatkozást mindig el kell végezni a beteg másik szemén is. Ugyancsak el kell végezni a beavatkozást glaucomás rohamot megelőző állapot (bevezető tünetek) esetén, valamint szűk vagy résnyi csarnokzug esetén, ha pupillatágítás, vagy katarakta műtét válik szükségessé.

Hogyan végzik a beavatkozást? Pupillaszűkítő, majd érzéstelenítő cseppentését követően a páciens réslámpához ültetjük, a szem felszínére kontaktkagylót illesztünk. A lézerkezelés során a beteg ütést érez a szemében. A beavatkozás kb. 5 percig tart.

Milyen komplikációra lehet számítani? Lézerkezelés kapcsán vérzés indulhat a szivárványhártyából, ez átmeneti homályos látást okozhat. A kezelést követően mérsékelt fokú gyulladás kialakulhat, ezért átmenetileg gyulladáscsökkentő cseppet kell használni. Ellenőrizni kell a szemnyomást a beavatkozást követően, átmeneti szemnyomás emelkedés lehetséges.

Milyen veszélyei vannak a beavatkozás elmaradásának?

Ha a látóidegfő rostpusztulása nem áll meg vagy nem csökkenthető minimális szintre, akkor végstádiumú glaucoma alakul ki, azaz 5'-os csőlátótér, nagymértékű látásvesztés, majd vakság.

Mire kell vigyázni a beavatkozás után? Ha vörös, fáj a szeme, esetleg látása homályosabb, keresse fel, tájékoztassa kezelőorvosát. A felvilágosító beszélgetés kapcsán tegye fel az Önnek fontos kérdéseket.

Az Ön kezelésében részt vesznek: Kezelő orvosa, osztályos orvos, osztályos nővérek, altató orvos és asszisztensei, műtősnő és műtős asszisztens.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Szemészeti osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapottommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20 ____/____/____.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva: