

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL	FNY1009/1 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a makulalyuk (foramen maculae) kezeléséhez/műtétéhez		Oldalszám: 1/3

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A MAKULALYUK (FORAMEN MACULAE) KEZELÉSÉHEZ/MŰTÉTJÉHEZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:
.....

2. Tájékoztató tartalma:

Tisztelt Betegünk!

Szemorvosa Önnek a makulalyuk diagnózisát állapította meg. Ez a betegtájékoztató segítséget nyújt Önnek, hogy kezelését illetően döntését meghozhassa. Amennyiben **szemműtétre** kerül sor, a műtét előtt ezt a beleegyező nyilatkozatot szükséges Önnel aláíratnunk, ezért nagyon fontos hogy az alábbi információkat megértse. Amennyiben kérdései vannak, bátran tegye fel őket kezelőorvosának.

Mi a makulalyuk?

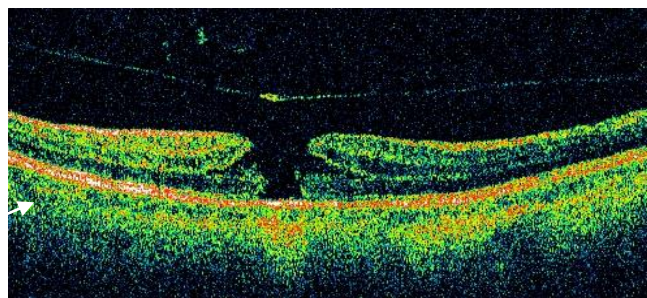
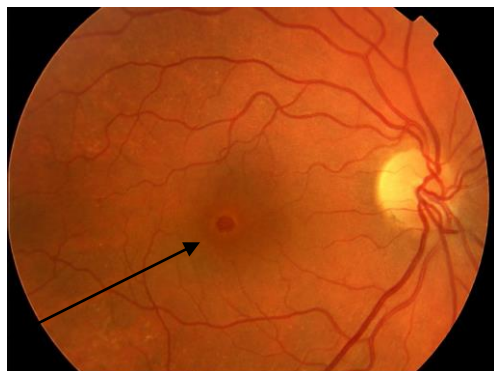
A makulalyuk kialakulásának pontos patomechanizmusa a mai napig sem tisztázott. Oka: abnormális üvegtesti trakció, melynek következtében az éleslátás helyén anyaghiány alakul ki a retina egész vastagságában. Trauma is kiválthatja, de az esetek többségénél nincs kimutatható kiváltó ok. Az idősebb korosztályt érinti, nőknél gyakoribb. Gyakran mindkét oldalon jelentkezik.

Melyek a makulalyuk tünetei?

A makulalyuk homályos látás valamint torzlátás formájában jelentkezik, mely végül a centrális látás nagyfokú csökkenését okozza, az olvasó képesség jelentősen megromlik.

Hogyan állítjuk fel a diagnózist?

A szemész meghatározza a látásélességet távolra, valamint közelre. Pupillatágítást követően megvizsgálja a szemfeneket. Csikpróba segítségével meghatározza a kialakult maculalyuk stádiumát, fotó dokumentáció történik és optikai koherencia tomográfias vizsgálat (OCT) vizsgálatot végez egy speciális optikai eszközzel.



A makulalyuk szemfenéki és OCT képe

Milyen terápiás lehetőségek állnak a szemorvos rendelkezésére?

Jelenleg a gyógyítás egyetlen lehetséges eszköze a műtét, melynek során az üvegtesti gél eltávolítását követően egy speciális festék segítségével a makulalyuk kialakulásában szerepet játszó belső ideghártya határhártya megfestése következik. A festést követően ez a hártya csipesszel levonható. A műtét végén az üvegtesti teret steril gázzal, illetve bizonyos esetekben szilikon olajjal töltjük fel, mely tamponálás a makulalyuk záródásához szükséges.

A műtétet követő korai posztoperatív szakban pozicionálás szükséges: a beteg hason fekszik, vagy előrehajtott fejjel, lefelé néző pozícióban tartózkodik minden órában kb. negyven perccel. Így az üvegtesti térbe implantált gáz, vagy szilikon olaj a lyuknak megfelelő területet nyomja.

¹ A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL	FNY1009/1
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a makulalyuk (foramen maculae) kezeléséhez/műtétéhez		Változat: 3
		Oldalszám: 2/3



Gáz tamponád

Gáz beültetését követően annak felszívódásáig repülőút nem ajánlott. A légnyomáscsökkenés miatt ugyanis a szemben levő gáz kitágul, óriási fájdalommal kísért hatalmas szembelnyomást okoz, akár visszafordíthatatlan látóidegrost károsodással. A szilikon olaj beültetés esetén ennek eltávolítására a későbbiekben újabb műtetre van szükség.

A műtét lehetséges szövődményei: vérzés, gyulladás, retinaleválás, szemnyomásemelkedés, Az esetek nagy részében a makulalyuk záródik. Minél régebben áll fenn a betegség, annál rosszabbak az esélyek. Sikeres műtét esetében sem számíthatunk teljes látásjavulásra.

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A MAKULALYUK (FORAMEN MACULAE) KEZELÉSÉRŐL/MŰTÉTJÉRŐL

A MAKULALYUK (FORAMEN MACULAE) KEZELÉSÉBE/MŰTÉTJÉBE BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam makulalyuk (foramen maculae) kezelés/műtét elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatlal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

Ezúton nyilatkozom, hogy a makulalyuk (foramen maculae) kezeléséhez/műtétéhez

- hozzájárulok nem járulok hozzá. **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL	FNY1009/1 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a makulalyuk (foramen maculae) kezeléséhez/műtétéhez		Oldalszám: 3/3

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

Keltezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató/felvilágosító orvos
neve olvashatóan)

.....
(beavatkozást végző orvos
neve olvashatóan)

.....
(nyilatkozó személy neve
olvashatóan)

.....
(tájékoztató/felvilágosító orvos
aláírása, ph.)

.....
(műtétet/beavatkozást végző
orvos aláírása, ph.)

.....
(nyilatkozó személy
aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

- cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
 korlátozottan cselekvőképes beteg cselekvőképtelen beteg
 törvényes képviselő nyilatkozattételre jogosult személy** (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

.....
(kezelőorvos neve olvashatóan)

.....
(tanú neve)

.....
(tanú neve)

.....
(kezelőorvos aláírása, orvosi
pecsétje)

.....
(tanú lakcíme)

.....
(tanú lakcíme)

*Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

**Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.