

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL	FNY1009/4 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a retinaleváláshoz és annak műtéti megoldásához		Oldalszám: 1/3

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A RETINALEVÁLÁSHOZ ÉS ANNAK MŰTÉTI MEGOLDÁSÁHOZ

1. Beteg¹ neve:..... TAJ száma:.....

Beküldő diagnózis:

2. Tájékoztatás tartalma:

Tisztelt Betegünk!

Önök szemorvosa retinaleválást állapított meg, amely műtéti megoldást tesz szükségessé.

Ez a betegtájékoztató segítséget nyújt Önnek, hogy kezelését illetően döntését meghozhassa, illetve a műtét előtt ezt a beleegyező nyilatkozatot fogjuk Önnel aláíratni, ezért nagyon fontos hogy az alábbi információkat megértse. Amennyiben kérdései vannak, bátran tegye fel Őket kezelőorvosának.

Mi a retinaleválás?

A retina vagy ideghártya a szem belsejében levő, látósejteket tartalmazó igen vékony hártya.

Akár a fényképezőgépben lévő film, ez érzékeli a fényt és az információkat továbbítja az agy felé. Megfelelő működése nélkülözhetetlen a látáshoz. Retinaleválás akkor következik be, amikor a benne képződött lyukakon keresztül a szem belsejében levő folyadék beszivárog alá és az ideghártya leválik az alapját képező pigmenthámról. Az emelkedett retina tápanyagfelvétele károsodik, ennek következtében az érintett területen a látás megromlik, látótérkiesés jelentkezik.

Retinaleválása bárkinek, bármikor lehet, de bizonyos körülmények esetén megnőhet az előfordulás valószínűsége. Ilyen a rövidlátás, a szürkehályogműtét utáni állapot, valamint a nemrég elszenvedett szemészeti trauma.

Mik a retinaleválás tünetei?

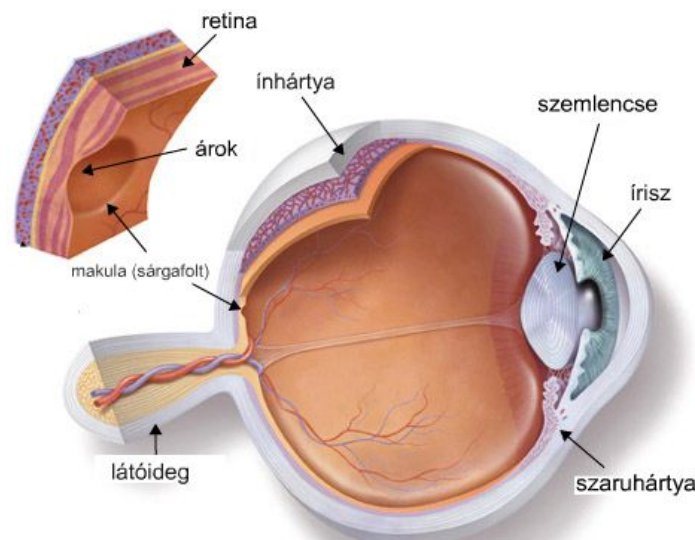
Széli területeken kialakuló ideghártya leválás tünetmentes lehet, vagy kis széli látótérkiesés jelezheti a folyamatot. Ha a leválás az éleslátás területét eléri, nagyfokú látásromlás alakul ki. A betegek gyakran arról számolnak be, hogy „függöny ereszkedett a szemük elé”, mely a fokozódó leválást jelzi. Előfordul, hogy a beteg az ép szemének letakarásakor veszi észre az akár évek óta fennálló látáscsökkenést.

Hogyan vizsgáljuk?

A retinaleválás diagnózisát szemfenékvizsgálat illetve B scan ultrahangvizsgálat alapján állítjuk fel.

Hogyan kezelhető a retinaleválás?

A retinaleválás sebészeti beavatkozást igényel, e nélkül az érintett szem megvakul.



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"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL	FNY1009/4 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a retinaleváláshoz és annak műtéti megoldásához		Oldalszám: 2/3

A műtét előtt

A műtét helyi érzéstelenítésben történik, amely a szem mellé és mögé adott érzéstelenítő injekció. A műtét előtt nyugtató tablettát kap és pupillatágító valamint érzéstelenítő szemcseppek adására kerül sor.

A műtét lényege a retinán levő lyuk bezárása és a retina visszafektetése. Az esetek egy részében ismételt műtét szükséges.

a. Cercage és cryoterapia

Bizonyos esetekben a retinán levő lyukat kívülről be lehet zárni fagyasztás (cryopexia) segítségével, illetve külső tamponáddal (szivaccsal történő bedomborítás) lehet visszafektetni az alapjára.

b. Vitrektomia

Az esetek nagy részében az üvegtest (szemet kitöltő zselészerű anyag) kóros viselkedése okozza a lyukak képződését. Ilyenkor az üvegtestet el kell távolítani (vitrectomia) a vongálásokat meg kell szüntetni. Ilyenkor a retinát belülről fektetjük vissza, a lyukat pedig általában fagyasztással (cryopexia), ritkábban lézerrel (photocoagulation) zárjuk. A fagyasztás (lézerkezelés) során egy hegyszövet keletkezik, amely 10 nap alatt „hegeszti” vissza a retinalyukat.

Amíg ez kialakul, szükség van egy úgynevezett „belső tamponád”-ra, ami megakadályozza a retina újbóli leválását. A belső tamponád lehet az üvegtesti térbe adott gázbuborék vagy szilikonolaj. A gáz néhány hét alatt felszívódik, a szilikonolajat pedig néhány hónap múlva el kell távolítani.

Műtét után gézpárnával és kagylókötéssel fedjük a szemét, amelyet másnap reggel távolítunk el.

Műtét után:

A műtétet követően a szeme fájhat, csíphet, viszkethet. A fagyasztás miatt szemhéja duzzadt lehet, amelyet jeges borogatással csillapíthat. Megdörzsölni nem szabad, szükség esetén fájdalomcsillapító tablettát kérhet. Két hétig gyulladáscsökkentő szemcseppek használatára van szükség, a receptet vagy recepteket a zárójelentéssel együtt kapja meg. A kórházi ápolás ideje legalább két nap, ellenőrzésre megbeszélt időpontban visszavárjuk. A teljes gyógyulás körülbelül 6 hét, ezalatt kíméletes életmód javasolt.

Hamarabb jelentkezzen, amennyiben:

Erős **fájdalma** van, **látásromlás** jelentkezik, a szem **vörössége** fokozódik.

Műtét utáni pozicionálás: A lyuk helyétől függően meghatározott fejtartás szükséges körülbelül két hétig. Amíg a gázbuborék nem szívódik fel, látása homályos lesz, és nem utazhat repülővel. A beültetett szilikonolaj megváltoztatja a szem korábbi fénytörését.

A műtét előnyei, a várható javulás:

A műtét legfontosabb szerepe a szem megmentése a vakságtól. A levált retina mindenképpen károsodott, ezért olyan látás, mint előtte sohasem várható.

A végső látás függ a retinaleválás helyétől, típusától és hogy mennyi ideig volt leválva, mennyire károsodott már, mire a műtétre sor került.

A műtét kockázatai és lehetséges szövődményei

A retinaleválás elleni műtét nem mindig sikeres. Minden beteg esetében más a lehetséges előnyök és kockázatok aránya, Ön ezt kezelőorvosával együtt beszélje meg.

Az esetek 85-90 %-ában egy műtéttel is eredményt érhetünk el. 10-15 %-ban azonban ismételt műtét válhat szükségessé.

A műtét után megnő a szürkehályog-képződés valószínűsége is, amelyet műtéti úton lehet majd eltávolítani.

A beültetett gáz vagy szilikonolaj szemnyomás-emelkedést okozhat.

Minden műtéti beavatkozás esetében a vérzésveszély és a felülfertőzés lehetősége fennáll.

Nagyon ritkán a legmondosabb ellátás, legszakoszerűbb kezelés ellenére is megvakulhat az érintett szem.

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 RETINALEVÁLÁSRÓL ÉS ANNAK MŰTÉTI MEGOLDÁSÁRÓL

A RETINALEVÁLÁS MŰTÉTJÉBE BELEEGYZEM.

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL	FNY1009/4 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a retinaleváláshoz és annak műtéti megoldásához		Oldalszám: 3/3

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam retinaleválás műtétje szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatmal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

Ezúton nyilatkozom, hogy a retinaleválás 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.

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.

Kelkezés 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*:

cselekvőképés beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra

korlátozottan cselekvőképés 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 cselekvőképés 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.