

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az epiretinális membrán kezeléséhez/műtétjéhez		<b>Változat: 2</b>
		<b>Oldalszám: 1/3</b>

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT AZ EPIRETINÁLIS MEMBRÁN KEZELÉSÉHEZ/MŰTÉTJÉHEZ

1. Beteg<sup>1</sup> neve:..... TAJ száma:.....

Beküldő diagnózis: .....

### 2. Tájékoztató tartalma:

#### Tisztelt Betegünk!

Szemorvosa Önnek epiretinális membránt diagnosztizált. Ez a betegtájékoztató segítséget nyújt Önnek, hogy kezelését illetően döntését meghozhassa. Amennyiben szemműtetre kerül sor, a műtét előtt ezt a beleegyező nyilatkozatot fogjuk Önnel aláírni, ezért nagyon fontos hogy az alábbi információkat megértse. Amennyiben kérdései vannak, bátran tegye fel őket kezelőorvosának.

#### Mi az epiretinális membrán?

Ha a szemet úgy képzeljük el, mint egy fényképezőgép, akkor a retina a fényérzékeny film. A retina (ideghártya) egy nagyon vékony szövet, amely érzékeli a képet és az információt az agyba továbbítja.

A retina közepén elhelyezkedő speciális részt sárgafoltnak (macula luteának) nevezzük.

Ez az olvasás és éleslátás központja. A sárgafoltra egy abnormális vékony hártya (membrán) képződhet, amely, ha zsugorodik, ráncolhatja és meghúzhatja a retinát, így akadályozva annak működését. Ilyenkor az olvasási képesség és az éleslátási képesség károsodik, de teljes vakságot nem okoz.

Az epiretinális membrán leggyakrabban az üvegtest (szemet kitöltő zselészerű anyag) leválását követően keletkezik. Előfordulhat még szemműtétek és szemgyulladások után is.

#### Milyen tüneteket észlelhet?

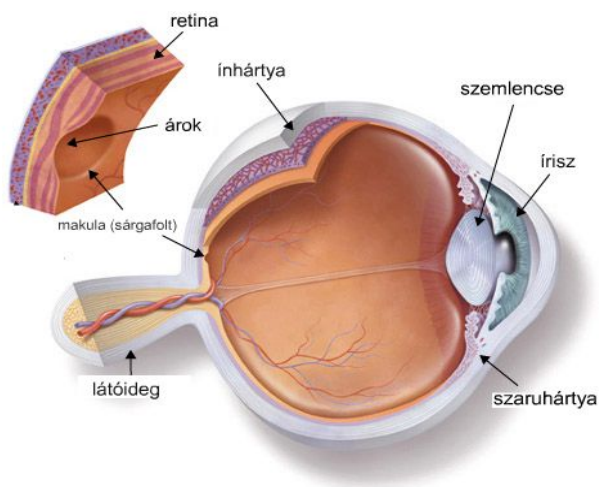
Az epiretinális membrán kezdetben nem okoz látászavart, de ahogy zsugorodni kezd, úgy ráncolja, gyúri az ideghártyát. Ez torzítást okoz, például egyes vonalak hullámossá vagy cikcakkossá válnak, az olvasás nehezkessé válik, „szétesnek” a sorok.

#### Hogyan vizsgáljuk?

Az epiretinális membrán diagnózisát szemfenékvizsgálat, illetve OCT vizsgálat (egy speciális optikai eszköz) alapján állítjuk fel.

#### Hogyan kezelhető az epiretinális membrán?

Az epiretinális membrán kizárólag műtéti úton távolítható el, sem szemüveggel, sem szemcseppekkel nem gyógyítható. A műtét időpontját a kezelőorvossal együtt határozzák meg, attól függően, hogy a látászavar Önt mennyire zavarja, illetve, hogy a membrán mennyire károsítja a retinát.



<sup>1</sup> 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"

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/2</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az epiretinális membrán kezeléséről/műtétjéről		<b>Oldalszám: 2/3</b>

### A műtét előtt

A megbeszélte időpontban jelentkezik a szükséges papírokkal, két napi kórházi felszereléssel. Lehetőség szerint még aznap meglesz a műtét, reggel szokás szerint vegye be gyógyszereit, könnyű reggeli után.

### A műtét előtti érzéstelenítés

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

### A műtét

A műtét neve „vitrectomia”, amelynek során a szemsebész eltávolítja a szem belsejét kitöltő üvegtestet. Ezt követően speciális festés után egy csipesszel lefejt a membránt.

A műtét végén gézpárnával és kagylókötéssel fedjük a szemet, amely a műtétet követő reggel lesz eltávolítva.

### Műtét után

A műtétet követően a szeme fájhat, csíphet, viszket. 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 megbeszélte időpontban visszavárjuk.

### Hamarabb jelentkezzen, amennyiben:

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

**Műtét utáni pozicionálás:** amennyiben gázbuborékot tesznek a műtét végén a szemébe, előrehajtott fejtartás szükséges körülbelül két hétig. Amíg a gázbuborék nem szívódik fel, látása homályos lesz, és nem ülhet repülőre.

### Milyen javulás várható a műtét után?

Az epiretinális membrán eltávolítása után 3-6 hónapon belül a látás fokozatos javulása várható az esetek 70-80 %-ában. Ha a membrán már károsította a retinát, a látásjavulás elmaradhat. A betegek 10 %-ánál az epiretinális membrán visszafejlődhet, amelyet ismételt látásromlást jelez.

A műtét után tehát javulás várható, azonban látása ezen a szemén sohasem lesz tökéletes.

### A műtét lehetséges szövődései:

A műtét során a retinán lyukak keletkezhetnek, amelyek miatt leválhat a retina. Emiatt lehet, hogy ismételt műtetre van szükség.

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

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

### 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 AZ EPIRETINÁLIS MEMBRÁN KEZELÉSÉRŐL/MŰTÉTJÉRŐL

#### AZ EPIRETINÁLIS MEMBRÁN KEZELÉSÉBE/MŰTÉTJÉBE BELEEGYEZEM.

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

#### Ezúton nyilatkozom, hogy az epiretinális membrán kezeléséhez/műtétjéhez

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.

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/2</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az epiretinális membrán kezeléséről/műtétjéről		<b>Oldalszám: 3/3</b>

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  
alírása, 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.