

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	A szaruhártyán vagy kötőhártyán felszínesen elhelyezkedő idegentest eltávolítása		
Változat: 05	Hatályos: 2014.10.27.	1. oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 4
Dokumentum száma: Bny./SZ./13.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beteg neve: ..... TAJ szám: .....

### A betegség lényege:

A szaruhártya, - vagy kötőhártya felszínén elhelyezkedő, - áthatoló szemsérülést nem okozó kisebb, fém vagy egyéb anyagból származó idegentest.

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul): .....

### A műtét célja:

Az idegentest eltávolítása.

### Beavatkozás menete:

Szemcseppel történő helyi felszíni érzéstelenítés után az idegentest kiemelése, az esetlegesen előforduló beszűrődéses udvar kitisztítása, antibiotikus szemcsepp alkalmazása. Sz.e. pupillatágítás, melyek a kétszemes együttlátásban, a térlátást igénylő munka végzésében, és gépkocsivezetésben korlátozza.

Beavatkozás tervezett időpontja: .....

### Lehetséges szövődmények:

Sérülés esetén történt fertőződés esetén szaruhártya fekély kialakulása.  
Érzéstelenítő szemcseppel, kenőccsel szembeni túlérzékenység.

Az előre látható szövődmények kivédésére orvosaim mindent megtesznek, de tudomásul veszem, hogy a beavatkozás során előre nem látható szövődmények is jelentkezhetnek, és a beavatkozást a sebgyógyulás is befolyásolja.

### Alternatív megoldás:

Nincs.

### Milyen következménye lehet a beavatkozás elmaradásának?

A beavatkozás elmaradása esetén szaruhártya fekély, abból áthatoló fekély is kialakulhat, mely a későbbiekben a szaruhártya heges gyógyulása miatt annak végleges elszürkülését és maradandó látásromlást is okozhat.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>A szaruhártyán vagy kötőhártyán felszínesen elhelyezkedő idegentest eltávolítása</b>		
<b>Változat: 05</b>	<b>Hatályos: 2014.10.27.</b>	<b>2. oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás 4</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./SZ./13.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos</b>		

### Tájékoztató további ellátásról, életmódról:

A személyi higiénia fokozott betartása mellett az érintett szembe antibiotikum, esetleg pupillatágító szemcsepp adása javasolt. Szükség esetén szemészeti kontroll vizsgálat.

### Beleegyezési nyilatkozat

A műtéti beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, az általam feltett kérdésekre megnyugtató, kielégítő válaszokat kaptam, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....  
 a felvilágosítást végző személy

.....  
 beteg / törvényes képviselő aláírása

Siófok, ..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

### Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazza – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....  
 a felvilágosítást végző személy

.....  
 beteg / törvényes képviselő aláírása

1. Tanú:.....  
 aláírás

2. Tanú:.....  
 aláírás

Siófok, ..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!