

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	A szemhéj bőrén, vagy annak közelében lévő bőrelváltozások műtéte		
Változat: 04	Hatályos: 2014.10.27.	1.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 3
Dokumentum száma: Bny./SZ./07.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ szám:

A betegség lényege:

A szemhéj bőrén elsődleges szakorvosi megítélés szerint egyértelműen jó, - vagy egyértelműen rosszindulatú, - esetenként kétesen megítélhető, esztétikai vagy működési zavart is okozó elváltozások.

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):

Műtét célja:

Az elváltozás kimetszése, - a szemhéj funkciójának megőrzése, - kozmetikai célú helyreállítás.
A műtéti preparátumból minden esetben történik szövettani vizsgálat.

Beavatkozás előtti teendők:

Véralvadásgátló szedés átmeneti felfüggesztése, szemkörnyék alapos megtisztítása.

Műtét lefolyása:

Szemcseppel és injekcióval történt helyi érzéstelenítés, metszés-vonalak a szakma szabályának megfelelően, a jó szemhéjfunkció helyreállítása céljából, - műtét után néhány napos kötés.

Beavatkozás tervezett időpontja:

Lehetséges szövődmények:

- helyi érzéstelenítőkkel szembeni túlérzékenység, hegeképződésre való hajlam miatt szemhéjzárás funkciókárosodás.
- szemkenőcsös kötéssel szembeni túlérzékenység

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

Alternatív megoldása:

CO2 laserrel történő eltávolítás.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	A szemhéj bőréen, vagy annak közelében lévő bőrelváltozások műtéte		
Változat: 04	Hatályos: 2014.10.27.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 3
Dokumentum száma: Bny./SZ./07.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Tájékoztató további ellátásról, életmódról:

Fedőkötés, általában 1 héttel a beavatkozás után varratszedés.

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 ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy a műtét elmaradása esetén, a szemhéjamon található elváltozás megnagyobbodik, funkciózavar miatt a szemrés elégtelen záródását, később szaruhártya elszürkülést és maradandó látásromlást is okozhat.

.....
 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!