

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	A szemhéj funkciózavarait megszüntető műtét		
Változat: 04	Hatályos: 2014.10.27.	1.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 3
Dokumentum száma: Bny./SZ./08.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ szám:

A betegség lényege:

A szemhéjak csüngése, elégtelen szemrés-záródás petyhüdség miatt, vagy görcsös szemhéjbefordulás.

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):

A műtét célja:

Az eredeti funkció visszaállítása a szemrés jó záródása, kiszáradás elleni védelme.

Beavatkozás előtti teendők:

Smink, kozmetikum eltávolítás.

Műtét menete:

Helyi érzéstelenítés szemcseppekkel és injekcióval, szakmai szabályoknak megfelelő metszésvonalak, - az esetleges bőrhiány pótlása plasztikával, - a műtégi metszésvonal meghosszabbításával.

Elsődleges cél a szemhéj funkciójának helyreállítása, - ezt követi a kozmetikai helyreállítás.

Műtét után néhány napos kötés szükséges a műtétes oldalon.

Beavatkozás tervezett időpontja:

Lehetséges szövődmények:

- Helyi érzéstelenítéssel szembeni túlérzékenység
- Esetleges alul vagy túlkorrekció, hegesedési hajlam, ami ismételt műtétet tesz szükségessé.

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

Alternatív megoldás:

Nincs.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	A szemhéj funkciózavarait megszüntető műtét		
Változat: 04	Hatályos: 2014.10.27.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 3
Dokumentum száma: Bny./SZ./08.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Tájékoztató további ellátásról, életmódról:

Fedőkötés, antibiotikus kenőcs, illetve szemcsepp rendszeres használata, orvosi utasítás szerinti időpontban 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 szemhéjam működés zavara fokozódik, ami krónikus szemhéjgyulladást, - a szemhéj fedetlensége miatt szaruhártya elszűkülést, - majd maradandó látásromlást 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!