

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Kötőhártya – plasztikai műtét		
Változat: 04	Hatályos: 2014.10.27.	1.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 3
Dokumentum száma: Bny./SZ./05.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ szám:

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):

A műtét célja:

A szaruhártya felszínén levő kötőhártya, (kúszóhályog) eltávolítása a szaruhártyáról,- plasztika esetén a szemgolyó fedése fertőzés-védelem céljából.

A műtét menete:

Helyi érzéstelenítés szemcseppel, műtét lépesei szakmai szabályoknak megfelelően antibiotikus kenőcs, kötés, szükség esetén 1-2 napos pupillatágítás.

Beavatkozás tervezett időpontja:

Lehetséges szövődmények:

A szaruhártya renyhe hámosodása, kötőhártyazsák megrövidülése.

Alternatív megoldás:

Nincs.

Tájékoztató további ellátásról, életmódról:

Antibiotikum és pupillatágító szemcsepp alkalmazása egy hétig,- mely a kétszemes együttlátást, távlátást zavarja,- mind gépkocsivezetés, -térátást igénylő munka végzése, a baleset veszélye miatt nem ajánlott. A személyi higiénia fokozott betartása, poros, huzatos helyen való tartózkodás mellőzése. Szemészeti kontroll 1 hét múlva.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Kötőhártya – plasztikai műtét		
Változat: 04	Hatályos: 2014.10.27.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 3
Dokumentum száma: Bny./SZ./05.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

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 krónikus szemgyulladás jelentkezhet, - esetleg fénytörési rendellenességet okozhat, a szaruhártyára terjedő kötőhártya heget hagy területében, - így előrehaladott esetben látásromlás is lehet.

.....
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!