



Betegtájékoztató és bejegyző lap			
Dokumentum címe:	A szemhéj szélén található jégárpa műtétje		
Változat: 02	Készült: 2013.05.08.	1.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2013.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./SZ./09.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ szám:

A betegség lényege:

A szemhéjszél közelében lévő mirigy kivezető csatornájának elzáródása, - a mirigy további működése miatt tapintható, - mérsékelten érzékeny duzzanat.

Alternatív megoldás:

Nincs.

A műtét lényege:

A szemhéj belső felszíne felől a mirigyállomány megnyitása és kiürítése.

Műtét menete:

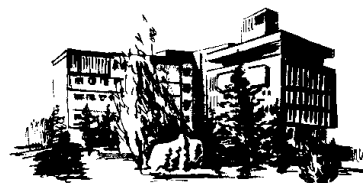
Helyi érzéstelenítés szemcseppel és injekcióval, - csipeszbe rögzítés, - kb 3 mm-es metszés a belső felszín felől, kiürítés, tömítés.

Tanácsok:

A műtét napján, a műtétes szemem kötés szükséges, ezért gépkocsivezetés-, távlátást igénylő munka végzése, balesetveszély miatt nem ajánlott.

Lehetséges szövődmények:

Átmeneti gyulladással reagáló reakció, - helyi érzéstelenítés miatt a szemhéj bevérvése. A műtét után néhány napos antibiotikus szemkenőcs használata javasolt.



Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	A szemhéj szélén található jégárpa műtétje		
Változat: 02	Készült: 2013.05.08.	2.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2013.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./SZ./09.	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 a befertőződés veszélye miatt ismételt gyulladást okoz, amely a szemgolyóra is ráterjedhet.

.....
 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!