

Betegtájékoztató és beleegyező lap

Dokumentum címe:	Yag iridotomia elvégzése		
Változat: 03	Hatályos: 2014.05.16.	1.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 2
Dokumentum száma: Bny./SZ./11.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ szám:

A beavatkozás célja:

A csarnokvíz áramlásának biztosítása a hátulsó csarnok, az elülső csarnokban szivárványhártyán képzett kis nyílás segítségével, zöldhályogos roham után, onnét zárt zugú glaucoma esetén.

A beavatkozás menete:

A beavatkozás érzéstelenítő szemcsepp adása mellett történik, speciális szaruhártyára helyezett kontaktlencse segítségével, néhány percig tart és teljesen fájdalommentes. Előtte egy órával pupillaszűkítő szemcsepp adása szükséges.

Alternatív megoldás:

Műtéti iridectomia a szemgolyó megnyitásával.

Szövődmény lehetőségei:

Vérzés a szivárványhártya szövetéről, szaruhártyaégés, szemnyomás emelkedés átmenetileg, szivárvány-hártya gyulladás, kis lencsehomályok.

Tanácsok:

Néhány napig kímélő életmód, gyakoribb szemnyomás ellenőrzés, nyomást csökkentő szemcsepp használata javasolt.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Yag iridotomia elvégzése		
Változat: 03	Hatályos: 2014.05.16.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 2
Dokumentum száma: Bny./SZ./11.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beleegyezési nyilatkozat

A 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 beavatkozás elmaradása esetén a zöldhályogos roham bármikor megismétlődhet, illetve kialakulhat, melynek következménye részletes látásromlás, vakság 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!