

|                                                                                   |                                                                                  |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|  | <b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b><br><b>Lézersebészeti beavatkozás</b> | <b>EHB 7-09/00-43</b><br>Változat: 1<br>Hatálybalépés:<br>2023-04-28 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképés

☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

☐ bb) gyermeke, ennek hiányában

☐ bc) szülője, ennek hiányában

☐ bd) testvére, ennek hiányában

☐ be) nagyszülője, ennek hiányában

☐ bf) unokája

☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképés

☐ ca) gyermeke, ennek hiányában

☐ cb) szülője, ennek hiányában

☐ cc) testvére, ennek hiányában

☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában

☐ ce) unokája

|                                                                                                                                                                                                                                           |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét? | Igen / nem <sup>1</sup> |
| <b>Ha igen:</b>                                                                                                                                                                                                                           |                         |
| Támogató neve:                                                                                                                                                                                                                            | .....                   |
| Címe:                                                                                                                                                                                                                                     | .....                   |
| Telefonszáma:                                                                                                                                                                                                                             | .....                   |

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

- ☐ Proliferatív diabeteszes retinopathia: szabálytalanul növvő erek az ideghártyán az elzáródott vénák miatt.
- ☐ Ideghártyavizenyő /maculaoedema/: ideghártya ereinek kóros átjárhatósága a folyadékkal szemben
- ☐ Ideghártyasorvadás /maculadegeneráció/: kórosan növekvő erek az ideghártya közepén
- ☐ Ideghártya szakadás vagy lyuk: az ideghártya hiánya retina alatti folyadék nélkül
- ☐ Nyitott zugú, vagy érújdonképződéses glaucoma /zöldhályog/: szemnyomás emelkedés.

2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):

☐ Jobb szem    ☐ Bal szem    ☐ Felsőzíni érzéstelenítés    ☐ Retrobulbaris érzéstelenítés

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendő.

☐ Ideghártya lézerkezelése      ☐ Csarnokzug lézerkezelése      ☐ Szivárványhártya lézerkezelése  
☐ Egyéb:

### 3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

### 4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

### 5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

Lézer energia segítségével az ideghártya bizonyos rétegeiben, csarnokzugban, illetve a szivárványhártyán hegesedést illetve strukturális változást okozó károsodást hozunk létre, melyek következtében, így a 8. pontban leírt eredményeket érjük el.

#### A beavatkozás előnyei:

Cukorbetegségben: Ha a laser kezelést elvégezzük érujdonképződéses állapotban, akkor a látáscsökkenés kialakulása 50 százalékkal csökken. 2 éves követéssel a nem kezelt esetekben 16, a kezelt esetekben 6 százalék a látáscsökkenés kockázata. A sárgafolt vizenyőjének kialakulása 12 hónapos követés során kezelt esetekben 33 százalékban javult, míg kezeletlen esetben 7 százalék, romlás kezelt esetben 4, kezeletlen esetben 27 százalék. 2 éves követésben a kezeletlen esetekben 43 százalék.

Ideghártya leválás esetén: a szakadás körül lezárjuk a folyadék beáramlásának az útját az ideghártya mögé, ezáltal a további leválást megakadályozzuk.

Zöldhályog esetén: a beavatkozást követően a szemnyomás csökken, kevesebb cseppet kell használni, de a hatása időleges, így a későbbiekben emelkedhet a szemnyomás.

**A beavatkozás kockázatai:** Az ideghártya laser kezelésekor: mivel ez egy csonkoló beavatkozás, ezért annak érdekébe, hogy a látásromlást elkerüljük, az ideghártya bizonyos területeit elpusztítjuk, így azok a részek nem működnek tovább. Esetleges vérzés alakulhat ki, ill. látótér szűkülése jön létre a kezelés hatására. A nagy területen végzett kezeléskor ideghártya vizenyő alakulhat ki átmenetileg. Ideghártya szakadás esetén nem tudja kellőképpen lezárni a szakadást, ilyen esetekben műtéti beavatkozás szükséges a további károsodás elkerülése végett.

A szivárványhártya, ill. csarnokzug laser kezelése során: esetleges vérzés jöhet létre.

### 6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

Ha cukorbetegségben a lézerkezelés nem történik meg, a folyamat előrehaladtával a későbbiekben akár teljes vakság alakulhat ki.

Ideghártya szakadás: az ideghártya nem fekszik vissza, a mögé szivárgó folyadék hatására egyre nagyobb terület fog leválni és ezt követően már csak műtéti megoldás lehetséges.

Zöldhályog esetén: a magas nyomást, ha nem sikerül csökkenteni, akkor egyre nagyobb területeken jön létre idegrost pusztulás, ez előbb a látótér beszűküléséhez, majd akár súlyos látásromláshoz vezethet.

### 7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Kezelőorvosa a laser kezelést csak abban az esetben javasolja, amikor a tudomány jelen állása szerint ez a választandó eljárás.

Alternatíva csak a kezelés visszautasítása.

### 8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

#### ☐ Cukorbetegségben:

- az abnormális erek elzáródása, érujdonképződések visszafejlődése
- a kilépett folyadék felszívódása

#### ☐ Retina szakadásnál: a retinális szakadás elzáródása

- a folyadék beáramlásának megakadályozása a retina mögé
- a lehetséges retinaleválás megelőzése

#### ☐ Zöldhályog esetében:

- a szivárványhártya kezelésekor: kisebb hegeket hozunk létre így kifeszül és a csarnokzug megnyílik ezáltal
- a zug laser kezelésekor: a kezelés hatására javul a csarnokvíz elfolyás, de ez a folyamat csak időleges, 5 éven belül emelkedhet újra a szemnyomás.

Végeredményben a szemnyomás csökkenése érhető el ezek által.

**9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....  
támogató aláírása

### **Beavatkozás visszautasítása**

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....  
.....  
.....

### **Figyelmeztetés!**

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez

szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt<sup>2</sup>:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....  
támogató aláírása

### Tájékoztatásról való lemondás

**Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:** .....

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....  
.....

***Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!***

Dátum:

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

### Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

<sup>2</sup> Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

|              |  |
|--------------|--|
| Név:         |  |
| Lakcím:      |  |
| Telefonszám: |  |

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségemről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum:

.....

beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt<sup>3</sup>:

.....

tanú (név, lakcím)

.....

tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700

<sup>3</sup> Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.