



Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Szemfenék laeser kezelés		
Változat: 02	Készült: 2013.05.08.	1.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2013.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./SZ./17.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ szám:

A beavatkozás célja:

Diabeteses ideghártya elváltozások kezelése, a fenyegető látásromlás elhárítása.

A beavatkozás menete:

A laser kezelés szemcseppel történő érzéstelenítés után elvégezhető, az erős fényfelvillanások okozta kellemetlenségeken kívül fájdalommal általában nem jár.

A kezelés során 0.2-0.5 mm átmérőjű lézersugarat az ideghártya beteg területeire irányítjuk, ahol ennek hatására apró gyulladós góccok keletkeznek, majd elhegesednek, így biztosítható a még ép működő retina területek, elsősorban a sárgafolt védelme.

A laser kezelés nem alkalmas a már leromlott látás helyreállítására, csak a további állapotromlás lassítására vagy megállítására.

Alternatív megoldás:

Nincs.

Szövődmény lehetőségek:

Látászavar, amely lehet átmeneti vagy maradandó, látótérszűkület, bevérzés, lencsehomály, gyulladás.

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



Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Szemfenék laeser kezelés		
Változat: 02	Készült: 2013.05.08.	2.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2013.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./SZ./17.	Hatályba helyezte: Dr. Vida Beáta osztályvezető főorvos		

Siófok, év..... hó..... nap..... óra..... perc

Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy a fenti beavatkozáson kívül a látásjavításra más lehetőség nincs ebben az esetben.

.....
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!