



KOMÁROM-ESZTERGOM VÁRMEGYEI  
SZENT BORBÁLA KÓRHÁZ  
SZEMÉSZETI OSZTÁLY  
2800 Tatabánya, Dózsa Gy. út 77.  
Tel.: 34/515-488, Fax: 34/317-025  
www.tatabanyakorhaz.hu



## GLAUKÓMAELLENES LÉZERES BEAVATKOZÁS (ALT, PERIFÉRIÁS IRISPLASTICA, LÉZER IRIDOTOMIA)

Beteg neve (nyomtatott betűkkel) : .....

TAJ: .....

Az érvényes Egészségügyi Törvény előírja számunkra, hogy minden beteget minden beavatkozást előtt írásban tájékoztassunk a tervezett beavatkozás lényegéről és a lehetséges szövődményekről. A lehetséges szövődmények listája minden műtét típus esetével hosszú és a beteg számára ijesztő komplikációkat tartalmazó felsorolás.

A felsorolt következmények mindegyike előfordult már a világon, a szóban forgó műtét után, azonban korántsem jelenti azt, hogy egyformán gyakoriak, és hogy az Ön esetében mind egyformán valószínű.

Kérjük, az Ön egyedi esetében kapcsolatban kockázattal kapcsolatban konzultáljon a műtétet, beavatkozást végző orvossal vagy kérdezze meg az osztály kezelőorvosát.

Alulírott beleegyezek, hogy

A., magas szemnyomásom csökkentésére,

B., glaukómás roham megelőzésére

szememen lézeres beavatkozást végezzenek, mivel szemnyomásom csökkentésére, illetve megfelelő értéken tartására ez a kezelés a legalkalmasabb jelen pillanatban. A beavatkozás felszíni (szemcseppel történő) érzéstelenítés után történik.

Tudomásul veszem, hogy a lézeres szemnyomás-csökkentés nem javítja a látást közvetlenül, jótékony hatása a látás hosszútávú megőrzésében van. Sok esetben lézerkezelés után is szükséges glaukómaellenes szemcseppek használata, ekkor azonban a szemnyomás jobban egyensúlyban tartható, mint lézerkezelés nélkül.

Tudomásul veszem továbbá, hogy szemnyomáscsökkentő lézerkezelés (ALT) hatása az esetek egy részében néhány év után csökken.

A kezelést átmeneti szemnyomás-emelkedés, steril szivárványhártya-gyulladás és átmeneti irritációérzés kísérheti. Ezért a lézerkezelést követő napokban fokozott ellenőrzés és kiegészítő szemészeti kezelés szükséges. A lézerkezelés után a látás néhány órán át homályos lehet, a beavatkozáshoz szükséges pupillaszűkítés és kontaktlencséhez alkalmazott sűrű folyadék miatt.

A műtét elhagyásának következményeit ismertették velem, a beavatkozással kapcsolatos kérdéseimet megválaszolták.

Ismert előttem, hogy ezt a nyilatkozatot a műtét előtt bármikor visszavonhatom.

Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségemről, panaszomról, a beavatkozást esetleg befolyásoló szokásomról a tatabányai Szent Borbála Kórház szemészeti osztályának orvosait tájékoztattam.

Beteg (törvényes képviselő) aláírása .....

Orvos aláírása .....

Dátum .....