

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Gége, nyelőcső, algarat tükrözés + szövettani mintavétel	EHB 7-09/00-43 Változat: 1 Hatálybalépés: 2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
 Tagkórház megnevezése:
 Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE: NEAK KÓD:
 Osztályvezető főorvos:

Beteg neve: TAJ szám:
 Születési név: Anyja neve:
 Születési hely, idő:
 Lakcím:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes 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	☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a
☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes	beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes
☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában	☐ ca) gyermeke, ennek hiányában
☐ bb) gyermeke, ennek hiányában	☐ cb) szülője, ennek hiányában
☐ bc) szülője, ennek hiányában	☐ cc) testvére, ennek hiányában
☐ bd) testvére, ennek hiányában	☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában
☐ be) nagyszülője, ennek hiányában	☐ cc) unokája
☐ bf) 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 ¹
Ha igen:	
Támogató neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	

- Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): A gége, nyelőcső, algarat jó és rosszindulatú daganat gyanúja.
- Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Gége, nyelőcső, algarat tükrözés +szövettani mintavétel vagy kisebb elváltozások eltávolítása gyógyító (terápiás) és betegség megállapító (diagnosztikus) céllal.
- Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**
- Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**
- Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:** Átmeneti fájdalom, idegentest érzés a garatban, ingerköhögés, nyaki izmok fájdalma, nyelészavar, fájdalom, véres köpet, hangadási zavar, rekedtség, a normál beszédre való képtelenség. Szárazságérzés a torokban.

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

Fogsérülés, törés, lazulás, ragasztott koronák, hidak letörhetnek – főleg a felső metszőfogaknál.

Ritkább szövődmények:

Fenti tünetek elhúzódása, hetekig, hónapokig.

A nyelöcsőfal áthatoló sérülése, átlukadása (nyelöcső perforatio) minden nyelöcsőtükrözés alkalmával előfordulhat, de szűkületes, gyulladásos és daganatos elváltozásoknál gyakorisága fokozódik.

Ugyancsak nagy a nyelöcső átlukadás veszélye hegyes kiálló részletekkel bíró beékelődött idegentest esetén.

A nyelöcső lyukon (perforation) keresztül bejutó fertőzés mellkasi szövődményeket, a mellkas és gátor, vagy tüdőkapu (mediastinum) gennyes gyulladását okozza, életveszélyes állapotot jelent, több esetben mellkas sebészeti műtét szükséges.

Extrém ritka szövődmények:

Maradandó rekedtség, hanggyengeség, az altatótubus okozta sarjadás (intubatio granuloma) a hangszalagokon.

Perforatio a légcső tükrözésénél is előfordulhat, ilyenkor levegő jut a mellüregbe és a mellkas-nyak bőre alá.

Nem várható anatómiai eltérések, fejlődési rendellenesség esetén végzetes vérzés is felléphet.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

- személyre szabott kockázatok:

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata: Az eltávolítandó szövetszaporulat tovább növekedve légzési, nyelési akadályt képezhet, idült szív- és tüdőbetegségben tüneteit súlyosbíthatja. Daganatos betegség esetén az elmaradt beavatkozás következményei végzetessé válhatnak. Idegentest esetén súlyos szövődmények, nyelöcső átfürödés, gyulladás, gátor-tüdőkapu gyulladás, vérmérgezés (mediastinitis, sepsis) lehet a következmény.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: nincs.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: Altatásban a talált elváltozás laryngomikroszkópos eltávolítása, gyógyító vagy betegség megállapító céllal. Műtét után átmeneti rekedtség fokozódás, vérköpés, átmeneti gége körüli fájdalom, gégegyulladás. Ha klinikai kép rosszindulatúságra gyanús és a szövettan viszont ezt nem erősítette meg, ismételt szövettani mintavétel indokolt.

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 kényszersztól 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 cselekvőképés 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 cselekvőképés 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 előtt²:

.....
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:

² 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.

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:

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 előtt³:

.....
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

³ 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.