	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT **A homloküreg műtétei** **Endoscopos Draf I, Draf IIa, Draf IIb, Draf III** **Osteoplasticus külső homloküreg műtétek: Jansen- Ritter és Riedel műtét**	**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
☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes
- ☐ 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, cselekvőképes
- ☐ ca) gyermeke, ennek hiányában
- ☐ cb) szülője, ennek hiányában
- ☐ cc) testvére, ennek hiányában
- ☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában
- ☐ cc) 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:	……..……..….

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Szövődményes, purulens homloküreg empyemak, Pott tumor**,** kiterjedt orrpolyposis esetén, vagy rizikófaktoros betegeknél (pl.: ASA triász, cystás fibrosis), kiterjedt benignus (osteoma) és minden malignus tumor esetén, csillószőr betegségek (immotilis ciliaris syndroma, Kartagener syndroma). Nagy homloküreg lateralis recessusat érintő folyamat (pl.: mucokele), vagy orbitába törő gyulladás, invertált papilloma. A homloküreg elülső- alsó falának osteomyelitise.
A homloküreget érintő nyílt és zárt koponyatörések műtéti repositioja, drainage biztosítása

2./ Beavatkozás megnevezése: A homloküreg műtétje, mely endoscopos és külső feltárásból történhet.

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos: Dr. (p:)
4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

[1] A megfelelő rész aláhúzandó.

5./Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:
Előnye: Az endoscopos és a külső feltárás lényege a homloküreg folyamat sanálása és megfelelő drainage-t biztosítva az orrüreg felé.

Kockázatai: Vérzés, gyulladás, láz, fájdalom. A betegség progressioja osteomyelitis, áttörés a homloküreg elülső, vagy hátsó falán. Szemüregbe terjedés, az orbita compressioja, szemmozgás zavarok, látóideg sérülés. A szem protrusioja, látóideg sérülés. A folyamat ráterjedhet az epi és subduralis térre, destrualhatja az agyhártyát, liquorcsorgást okozhat. Az elülső fal nem tervezett jellegű törése, a dura sérülése. A nervus trigeminus frontalis ágának működés zavara, a bőr érzéketlensége. Homloktáji, organikus okkal nem magyarázható fájdalom. Mucocele kialakulása az üregben. Egyenetlenség a homlokon, a homlokcsont benyomódása, tartós besüppedése, maradandó esztétikai deficit.

I. általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
II. személyre szabott kockázatok:

6./Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai: Vérzés, gyulladás, láz, fájdalom, periorbitalis, retrobulbaris gyulladásos folyamatok, szemmozgás zavar, látóideg gyulladás, sérülés, agyhártya gyulladás, agytályog, vérmérgezés, (septicus állapot), maradandó esztétikai zavar, a homloküreg behorpadása.

7./Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Sem a baleseti seb, a dislocatioval járó baleset utáni repositionak, sem pedig a fenti gyulladásos folyamatok ellátásának nincs alternatívája. Mindenképpen antibioticus terápia indokolt lehet.

8./Az ellátás folyamata és várható kimenetele: A műtét altatásban történik, endoscopos és külső feltárás lehetséges.
Endoscopos feltárás:
Draf I ("Draf technique" vagy "Simple drainage"): Csak a homloküreg természetes szájadékának felszabadítása a cél.
Draf II a ("Extended Draf technique" vagy "Enlarged drainage"): A homloküreg természetes szájadékának feltágításán túl, még nagyobb átjárás biztosítás az orrüreg és a homloküreg között. A középvonal felé a középső kagyló hónalja a határ, míg lateral felé az orbita, azaz a lamina papyracea.
Draf II b: A II a-hoz képest a belső határ az orrsövény.
Draf III ("More extended Draf technique" vagy "Median drainage"): Itt már az ellenoldali homloküreg alsó falat is el kell fúrni, úgy, hogy közben az orrsövény megfelelő felső részét is el kell távolítani.
Az egyes beavatkozások indikációi Draf szerint (A "The Frontal sinus" című könyve alapján):
- Draf I: Akut sinusitisben ha a konzervatív kezelés nem hoz eredményt, vagy (egyelőre) nem súlyos orbitalis/endocranialis szövődmények indulnak. Krónikus melléküreggyulladás esetén, ha első műtét lenne, és nincs rizikófaktor (ASA triász), vagy revíziós műtét, de az első műtét során inkomplett ethmoidectomia történt.
- Draf II a: Akut sinusitis súlyos szövődménnyel. Medialis muco/pyocele. Jóindulatú tumor (beleértve az invertált papilloma). A nyálkahártya jó állapotban van (ezt nehéz megítélni a műtét során)!
- Draf II b: Minden, ami Draf II a, de a létrehozott nyílás a homloküreg felé kisebb, mint 5x7mm.
- Draf III: Nehéz revíziós műtét. Első műtét kiterjedt orrpolipózis esetén, vagy rizikófaktoros betegeknél (pl. ASA triász, mucoviscidosis). Kiterjedt benignus, és minden malignus tumor esetén. Csillószőr betegségek (immotilis ciliaris syndroma, Kartagener szindróma).

Külső feltárás:
Jansen -Ritter műtét:
A szemöldök vonalában - előzetesen a szőrzetet leborotváljuk - az orbita kerettel párhuzamos bőrmetszést ejtünk, melyet az orrgyök felé meghosszabbítjuk. A csonthártyát is átvágjuk, a csontról leválasztjuk. A homloküreg elülső csontos falát megnyitjuk, csontablakot készítünk. Az üregben elhelyezkedő szövetet - mucocele, osteoma, papilloma, egyéb lágyrész massza - eltávolítjuk, szükség esetén mikrobiológiai vizsgálathoz leoltást végzünk. Amennyiben a műtéti indikáció törés, fontos a dislocalt, vagy az üregbe

beesett csontszilánkok eltávolítása, esetleg repositio, vagy lemezes rögzítés. A homloküreg alsó falán elhelyezkedő ductust felkeressük, a homloküreg természetes szájadékát feltágítjuk, Draf IIa szerint. Fontos hogy megfelelő drenaige alakuljon ki a homloküreg és az orrüreg között. A ductusba draint helyezünk be, melyet az orrbemenethez kivarrunk. Az üreget Betadin oldattal átöblítjük. A homloküreg sebét két rétegben zárjuk, az első réteg a periosteum, majd a bőrsebet subcutan tovafutó varratsorral suturázzuk.

Riedel műtét:
A homloküreg elülső- alsó falának osteomyelitise esetén fenti területek resectioja.

Műtét után drainage készítés az orr felé a homloküregből, melyen keresztül ballon vagy tampon behelyezése, réteges orrtamponálás. Az orrtampon eltávolítás 2-3 nap múlva, varratszedés 1 hét múlva.

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 kényszertől 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 rendőrhatóság 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[2]:

…… ……
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:

[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.

…… ……
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 előtt[3]:

…….. ……
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.