

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT	EHB 7-09/00-43 Változat: 1 Hatálybalépés: 2023-04-28
	Mastoidectomy, atticotomy	

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	☐ ce) 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 csecsnýúlvány, heveny, vagy krónikus gyulladás.
- Beavatkozás megnevezése:**
Mastoidectomy – csecsnýúlvány gyulladás műtete: A fül mögötti csontállomány felvése, fúrása, a beteg részek eltávolítása, a dobüreg és csecsnýúlvány üreg összeköttetésének helyreállítása. Az eltávolított szövetek vizsgálata.
Atticotomy: A mastoid és az atticus feltárása.
- Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:** Dr. (p:)
- Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

Előnye: A gyulladásos folyamat megszüntetése, az üregek ventilációjának helyreállítása, góctalanítás, hallásjavítás.

Kockázata: A fül mögötti terület heges behúzódása, kóros heg (keloid) képződés, fájdalom, láz, varratelégztelenség. A fül mögötti terület érzéketlensége hónapokig fennállhat.

Műtét után hányás, kiszáradás veszélye miatt infúziók, hányáscsillapító kezelés lehet szükséges.

A műtét során tartósan oldalra fordított fejhelyzet miatt átmeneti nyaki fájdalom, izom spasmus. Szédüléssel járó panaszok. Fülzúgás, hallásromlás, halláskiesés. Agyi visszér sérülése, vérzés, agyhártyasérülés, agyvízfolyás, agyhártyagyulladás, agytályog. Nyaki süllyedéssel járó tályog (Bezold), halánték régió tályogja (temporalis abscessus).

Agyi visszér rögösödése, (thrombosis), embolia, fülbetegség eredetű vérmérgezés (otogen sepsis).

Arcideg sérülése, átmeneti vagy tartós arcidegbénulás a mimikai izmok bénulásával. Fülzúgás. Az ízérzés zavara. A gyulladás visszatérése (recidiva). Ismételt műtét szükségessége.

A műtéttől várt kedvező hatás elmaradása, krónikus középfülgyulladás kialakulása, hallócsontlánc sérülése, ficama (luxatio), csontthártya- és csontvelőgyulladás (osteomyelitis), belső fül ablakok sérülése (ovalis és kerek ablak), agyvízcsorgás (otogen liquorrhea).

Az egyensúlyszerv sérülése, ívjárat sipoly (fistula).

Cholesteatoma – ún. gyöngydaganat – kialakulása a dobüregben és a csecсныúlványban.

A műtéti üreg állandó fülészeti „szerviz” igényel – 3-6 havonta – az operált fül nem „uszodaképes”.

I. általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

II. személyre szabott kockázatok:

6./ **Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:** A gyulladás tovaterjedése, maradandó halláskárosodás, agyi szövődmény (agytályog, agyhártyagyulladás (meningitis) kialakulása, sinus thrombosis, sepsis. Idült hegesedés a dobüregben, hallócsontok rögzülésével, következményes halláscsökkenéssel.

7./ **Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** Antibiotikus terápia, localis fülkezelések.

8./ **Az ellátás folyamata és várható kimenetele:** Altatásban fülműtét, a csecсныúlvány gyulladásos elváltozásainak eltávolítása, az antrum, a dobüreg és a csecсныúlvány összeköttetése, az aditus feltágítása, sarjainak eltávolítása, a dobüregi átjárhatóság, átlégzés biztosítása érdekében, antibiotikus terápia, varratszedés kb. 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 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 cselekvőképeségében 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 cselekvőképeségében 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:

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.

.....
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:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről 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.