

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Dobhártya műtéti helyreállítása (Myringoplastica)	EHB 7-09/00-43 Változat: 1 Hatálybalépés: 2023-04-28
---	--	--

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés 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, cselekvőképés
☐ 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, cselekvőképés
☐ ca) gyermeke, ennek hiányában
☐ cb) szülője, ennek hiányában
☐ cc) testvére, ennek hiányában
☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában
☐ ce) 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): dobhártya-átlyukadás sérülés vagy gyulladás következtében

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): dobhártya műtéti helyreállítása (myringoplastica)

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

A műtét akkor szükséges, ha a dobhártyán maradandó nyílás (perforáció) keletkezik. Ez kialakulhat bizonyos középfül-betegségekben (heveny, vagy idült középfülgyulladás) vagy dobhártya sérülés kapcsán. A műtét ilyenkor azért szükséges, mert a „lyuk” miatt a hallás romlik, a középfül könnyen fertőződik, fülfolyás jelentkezik, a beteg fülét ilyenkor nem érheti víz.

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

A műtét előnye: a dobhártyán keletkezett lyuk zárásával a hallás javulhat, zárt „uszodabiztos” fület lehet kialakítani, a zárt dobhártya meggátolja a kórokozók, idegen anyagok bejutását a középfülbe, ezzel megszűnnek a visszatérő fülgyulladások, fülfolyások.

A műtét kockázata:

1. Általános műtégi kockázatok: trombózis/embólia, agyi keringészavar, sebfertőzés, vérkeringési zavarok előfordulhatnak. Infúzió bekötése, vénás gyógyszerek adása, vénakatéter behelyezése is szükségessé válhat, ennek kapcsán a vénák gyulladása, bennük vérrögképződés alakulhat ki. A fektetés, műteti előkészítés során idegsérülést okozó nyomási károsodás, a nyaki gerinc sérülése is kialakulhat. A műteti fertőtlenítés, elektromos kés használata során gyulladások, hegek, égési sérülések keletkezhetnek. Az általános műtégi kockázatokat befolyásolják a kísérőbetegségek (pl. cukorbetegség, magasvérnyomás, szívritmuszavarok, vesebetegségek, tüdőbetegségek), melyek tünetei rosszabbodhatnak.

2. A műtét lehetséges mellékhatásai, szövődményei:

a) Gyakori:

- A műtét során tartósan oldalra fordított fej miatt nyaki fájdalom, enyhe szédülés előfordulhat.
- A fülmögötti terület heges behúzóda, keloid képződés, fájdalom, láz, varratelégtelenség. A fülmögötti terület érzéketlensége hónapokig fennállhat.
- Műtét után szédülés, hányás, következményes kiszáradás miatt infúziók, hányáscsillapító, szédüléscsillapító infúziós kezelés lehet szükséges.

b) Ritka:

- Ismételt műtétkor az alkalmas halántéktáji izombőnye megtalálásának nehézségei miatt átmeneti szemhéjduzzanat.
- Kedvezőtlen anatómiai helyzet esetén az arcideg sérülhet, és tartósan fennálló arcidegbénulás jöhet létre, szemhéjzárás, homlokráncolás, szájmozgatás nehezítettsége, szemszárazság, táplálkozási nehezítettség, beszédzavar, fogprotézis viselésének nehézsége
- Ízézés zavara.
- Vérzés a műteti területen.
- A dobhártyapótláshoz használt anyag nem tapad meg a dobhártyán, lelékódik róla és ismét kialakul a dobhártyán a lyuk.
- Ismételt fülfolyás, hallásromlás, a várt javulás elmaradása.
- Műtétet követően évek múlva hámgöngy daganat alakulhat ki, mely további műtétet igényel.

c) Nagyon ritka:

- A műteti fertőtlenítés és elektromos vérzéscsillapítás során szerzett sérülések.
- Dobüregi képletek, hallócsontlánc, belső fül képleteinek sérülése, mely halláscsökkenéshez, fülzúgáshoz, egyensúlyzavarhoz vezethet. Ezek tartóssá is válhatnak.
- Torzító bőrhegek.
- A seb fertőződése esetén láz, fájdalom, fülfolyás, esetleg szédülés és hallásromlás jelentkezik.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A beteg fül könnyen fertőződik, a beteg hallásromlása megmarad. Amennyiben sokszor fertőződik, a hallásromlás fokozódhat, a krónikus középfülgyulladás már csak nagyobb műtéttel gyógyítható.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

A dobhártya lyuk valamilyen anyaggal kívülről is lefedhető, (pl. szilikonfólia), azonban ez nem gyógyító beavatkozás. Ez a beavatkozás a dobüreg fertőződését nem küszöböli ki, és a hallást sem mindig javítja kellő mértékben. Ha a fül nem folyik, a hallás egyes esetekben hallókészülékkel is javítható.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A hallójáraton belül ejtett, vagy fül mögött vezetett bőrmetszés után általában a halántéktáji izomzat bőnyéjéből vagy a fül előtti kis porc (tragus) porchártyájából kisebb darabot veszünk ki és megfelelő méretűre és alakúra vágjuk, ezt használjuk a dobhártya helyreállításához. A hallójárat bőrének felemelése és a középfül megnyitása után operációs mikroszkóp segítségével az előkészített saját anyag felhasználásával alakítjuk ki az új dobhártyát. A hallójárat helyreállítása után a sebet varratokkal zárjuk, a hallójáratba tampon kerül. A gyógyulás általában 1-2 hét, varratszedés a műtét után egy héttel történik, a hallójáratit tampont 7-10 nap után távolítjuk el, a gyógyulás után hallásvizsgálatot végzünk.

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 kénysertől 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 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:

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 visszautasítási 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:	

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....
beteg aláírása

..... tanú (név, lakcím) tanú (név, lakcím)

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.