



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatálybalépés:

2023-04-28

## Felső állcsont (maxilla) törés műtéti ellátása

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 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

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 <sup>1</sup>
<b>Ha igen:</b>	
Támogató neve:	.....
Címe:	.....
Telefonszáma:	.....

**1./ Betegség megnevezése** Felső állcsont (maxilla) törése, mely érintheti a szemüregt is, a szemüreg alsó falának törésével a szemüreg tartalma az arcüreg irányába elmozdulhat, szemizmok becsípődhetnek, mindez kettős látást eredményezhet. A szemüregben vérömleny keletkezhet, ami miatt nyomás alá kerül a látóideg, ez teljes vaksághoz is vezethet. A törés miatt az arcon deformitás keletkezhet, arczsibbadás, szájnyitási-harapási rendellenességek alakulhatnak ki.

**2./ Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Felső állcsont (maxilla) törés műtéti ellátása

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

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

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

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendó.

**A műtét előnye:** Az arcüreg elülső falán képzett csontos ablakon keresztül a teljes arcüregre közvetlenül rálát a sebész, így az üreget érintő törések ellátására lehetőség van. A behatolás a szájüreg felől történik a fogak felett ejtett metszésből, így az arcon kívülről látható heg nincs. A szemüreg alsó falának törésekor a törtdarab visszahelyezhető eredeti helyzetébe. Szemnyomás fokozódásakor a szemüreg alsó csontos fala megnyitható és ezzel a nyomás csökkenthető a látás megmentése érdekében.

#### **A műtét kockázatai:**

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

#### 2. A műtét lehetséges mellékhatásai, szövődményei:

##### *a) Gyakori:*

- Az orrtamponok miatt nagyban akadályozott az orrlégzés. A szájon keresztüli légzés szájszárazságot, torokfájást okozhat. Az orrtamponok miatt fokozott könnyezés lehetséges.
- Vérrel festenyzett orrváladék az első néhány napon.
- A műtét után a tamponok eltávolítását követően is jelentkezik orrdugulás, pörkösödés az orrnyálkahártyán.
- Enyhe, átmeneti érzészavarok a felsőajak, a szájnyálkahártya, a fogíny területén.
- Arc- és szemduzzanat keletkezhet az érintett oldalon.
- Láz, fájdalom, szájnyitási nehezítettség, rágási zavar.

##### *b) Ritka:*

- Utóvérzés jelentkezhet az orron, szájon keresztül, mely ismételt orrtamponálást, súlyosabb esetben ismételt műtétet tesz szükségessé.
- Vérömleny keletkezhet a szemüregben. Nagy vérömleny esetén ismételt műtét lehet szükséges, szemész bevonásával részben a szemzug oldalsó részének megnyitása, részben csontos szemgödör belső részének megnyitására kerül sor.
- Vérömleny, tályog az arcon, gennyes orrmelléküreg-gyulladás.
- Szaglászavar, ritkán teljes szaglásokiesés léphet fel.
- A szájpitvari seb gyógyulásának zavara miatt az arcüreg és a szájüreg között sipolyjárat alakulhat ki. Ez ismételt műtétet tehet szükségessé.
- Bőr- és lágyrészsérülések (injekciós tályog, szövetelhalás, ideg-és vénakárosodás) hosszútávú negatív következményei: torzító hegek, maradandó esztétikai károsodás, fájdalom, szemrés, száj elhúzódása.
- Szemizom-becsípődés esetén a műtét ellenére is kialakulhat szemmozgászavar, kettőslátás a szemizmokban kialakult hegesedés miatt. Látászavar, homályos látás is kialakulhat és véglegessé válhat.
- Ha törés során megsérült az arc érzőidege, akkor maradandó zsibbadás, érzéketlenség, fonákérzések, idegi eredetű fájdalmak keletkeznek az arcon, ezek a műtét után is megmaradhatnak.

##### *c) Nagyon ritka:*

- Állandósult pörkképződés az orrban.
- Kozmetikai problémát jelentő hegek.
- Hegesedés miatt elzáródik a könnyecsatorna, állandó könnyezést okozva.
- Gennyes orrmelléküreggyulladás, mely miatt szemüregi tályog képződhet, ez látáscsökkenést, vakságot okozhat. A baktériumok a véráramba kerülve vérmérgezést okoznak, mely életveszélyes szövődmény.
- Központi idegrendszeri fertőzés, agyhártyagyulladás, agytályog, agyvízcsorgás.
- Nagyon erős utóvérzés atípusos elhelyezkedésű ér vagy ismeretlen véralvadási zavar miatt, mely miatt a nyaki artéria lekötése lehet szükséges műtéti úton. Súlyos esetben életveszélyes vérzés is felléphet.

#### **6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:**

Szemüreget érintő törés esetén, amennyiben vérömleny keletkezik a szemüregben és az szemnyomás-fokozódást okoz, a látóideg károsodhat, amely maradandó látáscsökkenést, akár teljes vakságot is okozhat. A törtdarabok nyomhatják, feszíthetik az arc érzőidegét, ha az ideg emiatt károsodik, akkor az arcon maradandó érzés-kiesés, zsibbadás, fonákérzések és idegi fájdalmak maradnak vissza. Az arcon a törés miatt aszimmetria, deformitás alakulhat

ki, mely csak műtéttel korrigálható. Károsodhat a szájnyitás, a fogsorok illeszkedése, harapási rendellenességek alakulhatnak ki, melyek szintén csak műtéttel korrigálhatók.

#### **7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Az elmozdulással járó törések műtéti megoldása szükséges, alternatív eljárás nem jön szóba.

#### **8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A szájüregben, felül, a felső fogak gyökerei felett metszést ejtünk nyálkahártyán, majd szabaddá tesszük az arcüreg elülső csontos falát, melyen csontablakot készítünk. Ezt követően az arcüregben elvégezzük a szükséges beavatkozást, a tört darabokat visszaigazítjuk eredeti helyzetükbe. Az orrnyílás felől az alsó orrkagyló alatt készített lyukon keresztül egy gumikatétet helyezünk az arcüregbe, melynek végén lévő ballont steril sóoldattal töltjük fel az arcüregben, a ballon belülről tartja a tört darabokat a helyén, mintegy belülről sínezve az üreget. 7 nap után a ballont leengedjük és a gumicsövet eltávolítjuk az orrnyílás felől. A szájnyálkahártya metszést varratokkal egyeztetjük, melyeket egy hét után távolítunk el.

Idős betegek, több súlyos belgyógyászati betegséggel küzdő betegek esetében kiskokú elmozdulással, vagy akár jelentősebb elmozdulással járó törések esetében a műtét elvégzése, a kockázat- haszon figyelembe vételével történik, és amennyiben nem okoz esztétikai és/vagy funkcionális zavart, arc-sibbadást, úgy a műtéttől eltekintünk.

#### **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 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 előtt<sup>2</sup>:

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:

<sup>2</sup> 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 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:

<b>Név:</b>	
<b>Lakcím:</b>	
<b>Telefonszám:</b>	

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<sup>3</sup>:

.....  
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

<sup>3</sup> 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.