



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Hangprotézis-beültetés

EHB 7-09/00-43Változat: 1
Hatálybalépés:
2023-04-28**Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház****Tagkórház megnevezése:****Tagkórház címe:****OSZTÁLY NEVE:**

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD: **150110602**

Tel.: +3642599700

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☐ 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 / nem¹**Ha igen:**

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

¹megfelelő rész aláhúzendó**1./ Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): teljes gégeeltávolítás utáni állapot**2./ Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): hangprotézis-beültetés**3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:****4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:****5./Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

A műtét előnye: A teljes gégeeltávolítás után elvesztett, jó minőségű beszéd képességének visszanyerése lehetséges a műtét után. A hangprotézis működési elve az, hogy a kilélegzett levegő a légcső felől egy műtéti úton kialakított sipolyon (összekötő nyílás a légcső és a nyelőcső között) keresztül jut át a nyelőcsőbe, algaratba, ahol a nyálkahártyaredőket megrezgetve lehetséges a hangadás. A szavak formálása továbbra is a szájüregben történik. A hangprotézis egy szelep, amely a sipolyba van beültetve és beszédkor átengedi a levegőt a nyelőcsőbe, de egyebekben zárva van és védi a légutakat.

A műtét kockázatai:

Általános műtéti kockázatok: trombózis/embólia, agyi keringészavar, sebfertőzés, vérkeringési zavarok előfordulhatnak. Infúzió bekötése, vénás gyógyszerek adása, vénakatéter behelyezése is szükségessé válhat, ennek kapcsán a vénák gyulladásos, 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.

A műtét lehetséges mellékhatásai, szövődményei:

- A sztóma szennyeződése vagy bakteriális/gombás fertőzés, melynek következtében a hangprotézis eltávolítása és/vagy antibiotikumok/gomba-ellenes szerek használata lehet szükséges. A gombás lerakódások a hangprotézisen szivárgást és a szelepfedél hibás működését okozzák.
- Köhögés, hörgőgyulladás, tüdőgyulladás.
- A hangprotézis kiesése és véletlen bejutása a légcsőbe, főhörgőkbe, a nyelőcsőbe, emésztőrendszerbe jutása.
- A hangprotézis kiesése a külvilág felé.
- A sipoly megnagyobbodása miatt szivárgás a protézis mellett.
- Gyulladásos reakció a sipoly körül és hegyszövet képződés.
- A hangprotézis kimozdulása és a sipoly összezáródása.
- Krónikus és folyamatos szivárgás a hangprotézis körül, mely a sipoly és a hangprotézis végleges megszüntetését teheti szükségessé.
- A helytelen használat miatt a hangprotézis elszakad, károsodik.
- Nyelőcső sérülése, nyelőcső és légcső közötti nyílás, nyelőcső- garat melletti lágyrészek gyulladása, mellkasi gennygyűlem, mellkasi levegőgyűlem, súlyos mellkasi fertőzés, mely műtétet és /vagy antibiotikus kezelést tesz szükségessé.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A beavatkozás elmaradása hangprotézis hányában a beszédkivitelezése nyelőcsőhanggal, vagy gégemikrofonnal történhet.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Egyéb beszédrehabilitációs lehetőségek: gégemikrofon használata, nyelőcsőbeszéd elsajátítása.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A hangprotézis beültetése altatásos műtét során történik. Végezhetjük a teljes gégeeltávolítás műtétjével egyidőben, vagy később egy második műtét során. Utóbbinál a nyelőcsövet egy merev csőszerű eszközzel feltárjuk, majd egy hegyes szűrő eszközzel a légcső felől átszűrjük a nyelőcső elülső falát, kialakítva a sipolyt, majd a sipolyba behelyezzük a hangprotézist. Típustól függően a hangprotézis eszközök 3-6 havonta cserére szorulnak, ami rendszerint helyi érzéstelenítésben, járóbetegknél is végezhető. A hangprotézis beültetése nem jár automatikusan a beszédképesség visszanyerésével, szakemberek segítségével tanulja meg használni a beteg. Egyes betegek a hangprotézissel sem tudnak megtanulni beszélni, náluk az eszköz eltávolítása és a sipoly sebészi zárása elvégezhető.

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 kézirással 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:

.....
(p:)
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 cselekvőképességben 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 cselekvőképességben 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:

(p:)
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

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.

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:

(p:)
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)

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.

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700