

|                                                                                   |                                                                                                                                             |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|  | <b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b><br><b>Külső behatolásból végzett arcüreg-műtét</b><br><b>(Luc-Caldwell-műtét, Denker-műtét)</b> | <b>EHB 7-09/00-43</b><br>Változat: 1<br>Hatálybalépés:<br>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:

|                                                                              |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában   | <input type="checkbox"/> c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a |
| <input type="checkbox"/> b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes | beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes                            |
| <input type="checkbox"/> ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában      | <input type="checkbox"/> ca) gyermeke, ennek hiányában                        |
| <input type="checkbox"/> bb) gyermeke, ennek hiányában                       | <input type="checkbox"/> cb) szülője, ennek hiányában                         |
| <input type="checkbox"/> bc) szülője, ennek hiányában                        | <input type="checkbox"/> cc) testvére, ennek hiányában                        |
| <input type="checkbox"/> bd) testvére, ennek hiányában                       | <input type="checkbox"/> cd) nagyszülője, ennek hiányában                     |
| <input type="checkbox"/> be) nagyszülője, ennek hiányában                    | <input type="checkbox"/> cc) unokája                                          |
| <input type="checkbox"/> 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 <sup>1</sup> |
| <b>Ha igen:</b>                                                                                                                                                                                                                           |                         |
| Támogató neve:                                                                                                                                                                                                                            | .....                   |
| Címe:                                                                                                                                                                                                                                     | .....                   |
| Telefonszáma:                                                                                                                                                                                                                             | .....                   |

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Krónikus orrmelléküreggyulladás, melyek nem gyógyítható gyógyszeresen vagy az orrnyíláson keresztüli endoszkópos műtéttel, arcüregből kiinduló tályogok egyes esetei, az orrmelléküregek törései, endoszkópos úton nem eltávolítható arcüregi jóindulatú daganatok, idegentestek, rosszindulatú arcüregi daganatok, ciszták és tömlők az arcüregben, szemnyomásfokozódás.

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Külső behatolásból végzett arcüreg-műtét (Luc-Caldwell-műtét, Denker-műtét)

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

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

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

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

**A műtét előnye:** Az arcüreg elülső falán képzett csontos ablakon keresztül a teljes arcüregre közvetlenül rálát a sebész, így az ott található betegség maradéktalan eltávolítására jó 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 tördarab visszahelyezhető eredeti helyzetébe. Szemnyomás fokozódásakor a szemüreg alsó csontos fala megnyitható és ezzel a nyomás csökkenthető a látás megmentése érdekében.

## **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 gyulladása, bennük vérrögződés 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 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 felső ajak, a szájnyálkahártya, a fogíny területén.
- Arc-és szemduzzanat keletkezhet az érintett oldalon.

### *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. látás zavar, szemmozgás zavar, látásromlás, vakság.
- Vérömleny, tályog az arcon, gennyes orrmelléküreg-gyulladás.
- Szaglászavar, ritkán teljes szagláskiesés léphet fel.
- A szájpitvari seb gyógyulásának zavara miatt az arcüreg és a szájüreg között sipolyjárat alakulhat ki. Ez ismételt műtétet tehet szükségessé.
- Bőr-és lágyrész fertőzések, melyek hosszútávú negatív következményekkel (fájdalmak, torzító hegek, maradandó duzzanat, érzés zavar, maradandó esztétikai károsodás) járhatnak.

### *c) Nagyon ritka:*

- Állandósult pörkképződés az orrban.
- Kozmetikai problémát jelentő hegek.
- Idegsérülés következtében maradandó idegi eredetű fájdalmak.
- Hegesedés miatt elzáródik a könnycsatorna, állandó könnyezést okozva.
- Gennyes orrmelléküreggyulladás, mely miatt szemüregi tályog képződhet, ez látáscsökkenést, vakságot okozhat. A baktériumok a véráramba kerülve vérmérgezést okoznak, mely életveszélyes szövődmény.
- 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:**

Krónikus orrmelléküreg-gyulladás esetén, középfülgyulladás, gége-és légcsőhurut alakulhatnak ki, károsodhat a szaglás, állandósul a váladécsorgás és az orrlégzési nehézség, gyakori heveny arcüreggyulladások alakulhatnak ki. Gennyes folyamatok esetén: a gyulladás ráterjedhet a szemüregre, ami vaksághoz vezethet, terjedhet az agykoponyába (agyhártyagyulladás, agytályog), mely életveszélyes szövődmény, a baktériumok a véráramba kerülhetnek (vérmérgezés) amely szintén halálhoz vezethet. Jóindulatú daganatok növekedhetnek, rosszindulatúvá válhatnak, elpusztíthatják az orrmelléküregek környezetét és ideggyógyászati, szemészeti szövődményeket okozhatnak. A rosszindulatú daganatok ráterjednek a szemre, az agyra, egyéb környező szervekre, a nyaki nyirokcsomókra és távoli szervekre ezzel az egész szervezet megbetegedését okozva, ami a beteg halálához vezet.

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

Orrmelléküreg gyulladások esetén enyhébb esetekben gyógyszeres kezelés (antibiotikum, szteroidos orrspray, orrmosás, antihisztaminok) lehetséges. Kisebb kiterjedésű és endoszkóposan jól elérhető gyulladásos betegségek esetén az orrnyíláson keresztül végzett endoszkópos műtét (FESS műtét) ajánlott. Szövődmények, szem- és koponyaüregbe törő tályogok, rosszindulatú daganatok esetén azonban indokolt lehet a külső feltárásból végzett, radikális műtét.

#### **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, eltávolítjuk a beteg szöveteket, idegentestet. Az arcüreget gézcsíkkal tamponáljuk, a tampont az alsó orrkagyló alatt készített lyukon keresztül az orrnyíláson kivezetjük, majd rétegesen tamponáljuk az érintett orrfelet. A szájnyálkahártya metszést varratokkal egyeztetjük, melyeket egy hét után távolítunk el.

*Ritkán szükség van az úgynevezett Denker-műtetre*, ekkor a fentiekén túl elvesszük az orrüreg egész oldalsó falát, az alsó és a középső orrkagylókkal együtt és megnyitásra kerülnek az elülső és középső rostasejtek is. A műtétet követően az arcüreg, a rostasejtek és az orrüreg egy közös üreg lesz.

#### **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 cselekvőképés 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 cselekvőképés 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 cselekvőképés 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

---

<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.

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: |  |

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<br>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.