

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Oldalsó nyaki tömlő (laterális nyaki ciszta) műtéti eltávolítása	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): Az oldalsó nyaki ciszta fejlődési rendellenesség eredményeképpen, a nyak oldalsó részén, a fejbiccentő izom előtt megjelenő tömött duzzanatként jelenik meg.

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Oldalsó nyaki tömlő (laterális nyaki ciszta) műtéti eltávolítása

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

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

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

A **műtét előnye:** A ciszta hajlamos arra, hogy megduzzadjon, tovább növekedjen, begyulladjon. A műtéttel ezen tünetek kialakulása megelőzhető.

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

A műtét kockázatai:

1. 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 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:

- Nyaki erek sérülése, vérzés a műtéti területen. Ez akkor gyakoribb, ha a ciszta korábban be volt gyulladva és emiatt hegesedés alakult ki a környezetében. A cisztát ilyenkor a heges környezet miatt nehezebb eltávolítani.
- A ciszta közelében lévő idegszálak a műtét során megnyomódhatnak, ilyenkor az ideg átmeneti funkciózavara léphet fel (nyelvmozgató ideg: nyelv mozgás zavar, váll-kar mozgásáért felelő ideg: váll- kar emelés mozgáskorlátozottsága, fájdalom, nehezítettség, arcmozgató ideg: száj elhúzódása, beszédzavar, táplálkozási nehezítettség). Ez a funkciózavar elhúzódó is lehet, akár ritka esetben tartósan meg is maradhat.
- Vérömleny a műtéti területen a műtét után, mely ismételt műtői sebfeltárást tehet szükségessé.
- Gyulladás, sebfertőzés a műtéti területen, mely antibiotikus kezelést, súlyos esetben ismételt műtéti feltárást igényel.
- A nyakon mindig heg marad vissza. Arra való hajlam esetén túlburjánzó, maradandóan torzító nyaki hegek képződhetnek. A ciszta műtéti eltávolítása és a hegek képződés miatt a műtéti terület besüppedhet. Maradandó esztétikai károsodás.
- A bőridegek szükségszerű átvágása miatt a seb és környéke átmenetileg vagy tartósan érzéketlen lehet, zsibbadás, fonákérzés alakulhat ki.
- Ha az elváltozást nem sikerül maradéktalanul eltávolítani, a bent maradt részekből a ciszta vagy sipolyjárat ismét kialakulhat, visszatérő gyulladás, duzzanat, fájdalom, váladékozás jelentkezhet, mely további műtétet tehet szükségessé.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A ciszta tovább növekedhet, a nyakon esztétikai torzulást, nyomási tüneteket (pl. nyelési nehezítettség, fájdalom) okozva. Ha a ciszta belseje elfertőződik, a nyakon a gennyes gyulladás szétterjedhet életveszélyes szövődményeket (pl. mellüregi gyulladás, vérmérgezés, nyaki vizenyő, fulladás, agyhártyagyulladás, agytályog) okozva.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

A sebészi eltávolításon kívül más gyógymód nem ismert. A ciszta gyulladása esetén antibiotikum adható, de a ciszta megszüntetésére az nem alkalmas.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A műtétet általános érzéstelenítésben (altatásban) végezzük. A nyak oldalsó részén a fejbiccentő izom előtt ejtett bőrmetszéssel keresztül tárjuk fel a cisztát, környezetétől és a nyaki nagy erektől tompán elválasztjuk, majd teljes egészében eltávolítjuk. A műtéti sebbe egy műanyag cső (szívódrén) kerül, mely a sebváladék lebocsátására szolgál és néhány nap után eltávolítható. Varratszedés 7-10 nap múlva esedékes.

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.

Tájékoztatott arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatja.
Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztól mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésem 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 cselekvőképesességében 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 cselekvőképesességében 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)

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.

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:	

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.