



## TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

### Orrgaratmandula-eltávolítás

**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: **150110602**

Tel.: +362599700

**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 / nem<sup>1</sup>**Ha igen:**

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

<sup>1</sup>megfelelő rész aláhúzendó**1./ Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): orrgaratmandula túltengése**2./ Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): orrgaratmandula-eltávolítás**3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:****4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:****5./Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

**A műtét előnye:** Ha a kórosan megnagyobbodott orrgaratmandula tartósan elzárja a fülkürt nyílásait, és ez gyakori akut vagy krónikus középfülgyulladás, halláscsökkenés, orrlégzési nehezítettséghez, orrváladék pangáshoz, akut/krónikus orrmelléküreg-gyulladás, akkor az orrgaratmandula eltávolításával ezen panaszok javíthatók, megszüntethetők.

## ***A műtét kockázatai:***

I. 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 gyulladás, 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 tüneteinek rosszabbodhatnak.

## II. A műtét lehetséges mellékhatásai, szövődései:

### *a) Gyakori:*

- Átmenetileg véres köpet, köhögés, nyugtalanság, hányinger, hányás előfordulhatnak.
- Orrgaratmandula műtét után átmenetileg szorcsögő orrlégzés jellemző, amelynek a véralvadék, illetve a műtéti duzzanat az oka.
- A szájterpesz, illetve az altató tubus kisebb - nyom nélkül gyógyuló - sérüléseket okozhat az ajkakon, a szájzugban, a garatban és a nyelven.

### *b) Ritka:*

- Utóvérzés az orrból, torokból, garatból, az utóvérzések általában enyhék-középerősek, amelyek nem életveszélyesek és azonnali ellátás esetén jól befolyásolhatók. Kismértékű vérzéskor a sebágyban helyileg, szájon keresztül vagy injekció formájában vérzéscsillapító gyógyszerek adagolhatók. Erősebb vérzés esetén a beteget műtőben kell ellátni, valamint vérzést csillapító tampon behelyezése az orrgaratba vagy a garatba is szükségessé válhat.
- Egyéb ritkán előforduló szövődések: sebfertőzés, sebkörüli lágyrészgyulladás, elhúzódó lázas állapot, félrenyelés, nyelvcsap- és lágyszájpad sérülés, elhúzódó idegentestérzés, torokkaparás, ájulás. Nyelvmozgás zavar, ajak-, fog- fogíny-, nyelvsérülés. Hangszínváltozás, beszédképzési zavarok. Állkapocsízületi sérülés.
- Helyi érzéstelenítésben végzett műtét esetén a mandula félrenyelése és a hörgőkbe való kerülése.
- Szájterpesz használata miatt a sérült, meglazult, gócos, ragasztott fogak kimozdulása, esetleg kiesése előfordulhat, ritkábban ép, egészséges fogak is megsérülhetnek, esetleg kieshetnek.
- Az orrgaratból fokozott nyálkahártya-reflexek indulnak ki, és az ott végzett beavatkozások szívritmus zavart válthatnak ki.
- Mandula, vagy darabjának hörgőbe kerülése, véralvadék, vér hörgőbe, tüdőbe kerülése, fulladás, tüdőgyulladás, gépi lélegeztetés, elhúzódó gyógyulás, intenzív osztályos kezelésre is szükség lehet.
- Műtétet követően kialakuló középfülgyulladás, átmeneti fülkürtműködési zavar, fülfájdalom.
- Orrmandula nyirokszövetének visszaövése.

### *c) Nagyon ritka:*

- Életet veszélyeztető korai és késői utóvérzés. Keringési sokk, életveszélyes vérzés esetén vér és vérkészítmények adására is szükség lehet.
- Életveszélyes általános fertőzés, vérmérgezés.
- Maradandó ízérzési-, nyelés- és beszédzavarok.

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

A szervezetben maradó gócból bármikor az egyéb szerveket veszélyeztető fertőzés indulhat ki (pl. lázgörcs esetén idegrendszeri károsodások, reumás lázban szív és vesegyulladás, tályog kapcsán szepszis és mellúri gyulladás). A gyakori felső légúti fertőzések megterhelik a szervezetet, gyakori antibiotikum szedését teszik szükségessé. Tartós halláskárosodás, krónikus felső légúti és orrmelléküreg-gyulladás, súlyosbodó asztma és krónikus hörghurut, figyelmetlenség, alvászavar, viselkedési problémák, étvágytalanság alakulhatnak ki, illetve állhatnak fenn.

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

Konzervatív, gyógyszeres kezelés, mely magába foglalja a szteroidos orrspray és antihisztamin tartós szedését, átmenetileg ornyálkahártya lohasztó orrcseppek használatát, krónikus arcüreggyulladás esetén a naponkénti orrmosást, akut középfülgyulladás vagy arcüreggyulladás esetén pedig antibiotikum adását. Azonban, ha a gyógyszeres kezeléssel nem lehet tartósan megfelelő eredményt elérni, akkor a műtét szükségessé válhat.

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

Az orrmandulaműtétet általános érzéstelenítésben (altatásban) végezzük. Kivételes esetekben (szülő vagy a beteg kifejezett kérése, magas altatási rizikó) esetén helyi érzéstelenítésben is kivitelezhető a műtét. Az orrgaratmandulát szájon keresztül megfelelő eszközzel vesszük ki. Altatásban végzett műtét esetén a száját egy megfelelő eszközzel tartjuk nyitva, amely részben az elülső fogakon támaszkodik. A vérzéscsillapítás vérzéscsillapító tampon segítségével történik, melyet a műtét végén eltávolítunk. Ritkán, erősebb, nem csillapodó vérzés esetén 24 órán át bent maradó orrgarati tampont (Bellocq tampont) helyezünk be és rögzítünk.

## 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 kényszersztól 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 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:

(p:)  
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

<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.

### 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:

(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 cselekvőképese 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)

<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.

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

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