



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
Orrüreg-, orrmelléküreg műtete (orropolipeltávolítás, rostasejt-műtét, iköböl -műtét, orrkagyló-kisebbités, alsó orrjárat nyílás kialakítása, arcüregi endoszkópia)

EHB 7-09/00-43
Változat: 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 / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	

¹megfelelő rész aláhúzendő

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): krónikus orrmelléküreg-gyulladás, orropolipózis vagy anélkül, szövődményes akut gennyes arcüreggyulladás (szemüregi gyulladás, szemüregi tályog, látásromlás, központi idegrendszeri szövődmény, agyvelőgyulladás, agyhártyagyulladás, agytályog, arc lágyrészének duzzanata, szem körüli duzzanat, gyulladás).

2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul): Endoszkópos orrüreg-, orrmelléküreg műtét (orropolipeltávolítás, rostasejt-műtét, iköböl -műtét, orrkagyló-kisebbités, alsó orrjárat nyílás kialakítása, arcüregi endoszkópos vizsgálat)

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

A műtét előnye: A gyógyszeresen nem uralható krónikus melléküreg-gyulladás, orrpolipózishoz, anatómiai eltérésekhez és szűkületekhez sok esetben következményes betegségek és/vagy tünetek társulnak: krónikus középfülgyulladás, köhögés, krónikus hörghurut, tüdőasztma súlyosbodása, szaglászavar, orrlégzési nehezítettség, orrdugulás, orrváladékozás, telítettség érzet az arcban, arcfájdalom. Ezen tünetek a műtéttel csökkenthetők vagy 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 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

II. A műtét lehetséges mellékhatásai, szövődményei:

a) Gyakori:

- Átmeneti véres köpet, köhögés, könnyezés, fejfájás, az arc-, és homloktájék érzékenysége, fájdalma, arcduzzanat.
- Erősebb korai és késői utóvérzés az orrból és/vagy szájüregből, amely az orr újra tamponálását teheti szükségessé.

b) Ritka:

- Hegesedések, összenövések az orrüregben, melyek későbbi orrlégzési nehézséget okozhatnak.
- Bevérzés a szemüregben.
- A könnycsatorna sérülése átmeneti könnyezést, kiterjedtebb károsodás maradandó könnyút elzáródást okozhat.
- Ha levegő jut a bőr alá vagy a szemgödörbe, az sercegő duzzanatként tapintható. A levegő és a vérömleny, ha befertőződik, akkor szövetközi gyulladás, tályog alakulhat ki.
- A mellső koponyaárok és az agyhártyák átszakadása.

c) Nagyon ritka:

- Kiterjedtebb, esetlegesen agyszövetet is érintő sérülés után agyhártya-, illetve agyvelőgyulladás alakulhat ki.
- Agyvíz csorgás átmeneti, vagy tartós, mely későbbi műtétet is indokolhat.
- Szemmozgató izmok sérülése, hegesedése, maradandó szemmozgászavar, kettőslátás.
- Szem körüli terület duzzanata, bevérzése, látásromlás, vakság, szemmozgás zavar, szem duzzanata.
- A látásvesztés extrém ritka.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A krónikus arcüreggyulladás góc a szervezetben, és gócbetegségeket okozhat. A helyi panaszok és az asztma súlyosbodása mellett krónikus középfülgyulladás és halláskárosodás, krónikus hörghurut, valamint tüdőbetegség is kialakulhat. A krónikus arcüreggyulladás bármikor fellángolhat, és akut gyulladást okozhat. Bizonyos öblök és kivezető nyílások elzáródásának nagyobb tömlő kialakulása lehet a következménye. Akut és krónikus formában is kialakulhat koponyán belüli szövődmény: agyhártyagyulladás, agyvelőgyulladás, agytályog, vénás trombózis, csontvelőgyulladás. A gyulladás ráterjedhet a szemüregre, ami szemüregi tályogot okozhat, szemmozgás zavar, szemduzzanat, látásromlás, akár teljes és maradandó vaksághoz is vezethet.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Konzervatív, gyógyszeres kezelés lehetséges (antibiotikumok, szteroidos orrspray, szteroid tabletta, naponkénti orróblítás, allergia kezelése antihisztaminnal), de ha ez nem vezet gyógyuláshoz, illetve tartós tünetmentességhez, akkor sebészi beavatkozás indokolt a melléküregek szellőzésének helyreállítása és a gyulladásos termékek eltávolítása céljából.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A műtét során nincs szükség külső bőrmetszésre, az endoszkópot az orrbemeneten keresztül vezetjük be az orr-, és melléküregek területére. Az infundibulum (arcüreg kivezető nyílása) felkeresése és megnyitása minden esetben megtörténik. A műtét további menete a betegség kiterjedésétől függ, minden beteg melléküreg

szájadékanak kitágítása, a polipokat és gyulladásos szövetet eltávolítása történik az ép nyálkahártya megkímélése mellett. Az orrsövény és a középső orrkagyló elváltozásai zavarhatják az endoszkóp bevezetését és a jó feltárást, amely esetenként orrsövény-plasztikát, illetve orrkagyló-megkisebbítését tesz szükségessé. Arcüregi endoszkópia során az arcüreg mellső vagy oldalsó csontos falán keresztül nyílást képzünk, amelyen át endoszkóp vezethető be az arcüregbe. Ha a gyulladás miatt a szemüregben tályog képződik és ez a szemnyomás emelkedését okozza, a maradandó látásromlás, vakság elkerülése érdekében a rostasejtek felől megnyitjuk a szemüreg mellső csontos falát, hogy a gennyet kiürítsük és a nyomást csökkentsük. A műtét végén általában tampon kerül az orrba.

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.

Tájékoztatott 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 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 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 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 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