

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Szteroid injekció adása a középfülbe	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): Hirtelen halláscsökkenés, hirtelen kialakuló fülzúgás, szédüléssel rohamok (Menière-betegség). A hirtelen kialakuló halláscsökkenések/fülzúgások egy részéért a belsőfülben található érzékelősejtek vagy a hallóideg működésének zavara áll. Ilyen károsodás bekövetkezhet vírusfertőzést követően, vagy a belsőfület ellátó erek keringészavara esetén. Szintén belsőfül eredetű betegség a Ménière betegség, amely rohamokban jelentkező szédüléssel, fülzúgással és hallásromlással jár. A rohamok egyes időszakokban halmozottan, nagyobb gyakorisággal jelentkezhetnek.

2./Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul): Szteroid tartalmú injekció beadása a középfülbe

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

5.1.Előnye: a hallás javulhat, a fülzúgás csillapodhat, a szédülésszerű rohamok ritkábbá válhatnak a kezelés hatására.

5.2.Kockázatai

- Gyógyszerallergia, gyógyszer túlérzékenységi-reakció.
- A beavatkozások után enyhe, átmeneti szédülés lehetséges. A szokásos Menière-es roham előfordulhat, de nem valószínű.
- A dobhártya esetleges fertőződése esetén a középfül gyulladásos tünetei, láz, fájdalom, fülváladékozás jelentkezhetnek.
- A dobhártyán az injekció beadásának helyén tartós folytonossághiány maradhat vissza, (dobhártyán lyuk) amely a későbbiekben műtéttel zárható, vagy spontán záródása várható.
- Rendellenes helyen futó ér vagy ideg sérülése, hallócsontsérülés a beavatkozás során extrém ritka. Ritkán halláskárosodás, fülugulás maradhat fenn. Még ritkábban a belsőfül sérülése, agyvízcsorgás, a belsőfül és/vagy az agy felszálló fertőzése, maradandó halláskárosodás, sükettség, agyhártyagyulladás, agyvelőgyulladás alakulhat ki.
- A beavatkozás után a beteg megszédülhet, akár szokásos Menière-roham is jelentkezhet.
- A várt eredmény elmaradása.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A minél jobb eredmény eléréséhez nagyon fontos a kezelés mielőbbi megkezdése. Javulás, kezelés nélkül is előfordulhat, azonban a gyógyulási esélyeket a késlekedés vagy a kezelés elmaradása rontja. A beteg állapota romolhat, a halláscsökkenése fokozódhat, véglegessé válhat, hallását teljesen elveszítheti. A szédülés, egyensúlyzavar veszélyeztetheti testi épségét, további betegségeket, szövödményeket okozhat. A fülzúgás fokozódhat, ezáltal ronthatja a koncentrációt, pihenést, beszédértést, ezáltal életminőség-romlást okozhat.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: gyógyszerek (értágítók, B-vitamin komplex, betahisztin) szedése szájon át, vénásan adott szteroid és infúzióban adott keringésjavító gyógyszerek, egyensúlygyakorlatok, súlyos és gyakori szédülésszerű rohamok esetén a belsőfül működését megszüntető kémiai (középfülbe adott Gentamycin) vagy műtéti eljárások. Maradandó halláscsökkenés esetén hallókészülék.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: A kezelést megelőzően szakorvosi vizsgálat, laborvizsgálat, hallásvizsgálat, szükség szerint belgyógyászati és ideggyógyászati szakvizsgálat történik. A hallójáratba érzéstelenítő oldattal átitatott gézcsíkot/vattát helyezünk, melyet néhány perc múlva eltávolítunk. Ezt követően fekvő helyzetben, mikroszkópos ellenőrzés mellett vékony tűvel a dobhártyát átszúrva lassan fecskendezzük be a gyógyszert a dobhártya mögé a középfülbe. A beavatkozást több alkalommal, általában naponta, kétnaponta megismétljük. A beteg napközben pihen, kiegészítő keringésjavító infúziós kezelésben részesülhet, szükség esetén egyensúly-tréninget végez, és rendszeresen történik hallásvizsgálat is. A dobhártyán keletkező folytonossághiány, mely az injekció beadásának helyén keletkezik, a legtöbb esetben magától záródik.

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 kényszerszertől 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 cselekvőképes 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 cselekvőképes 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 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:

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:

.....

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:

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.

.....
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**