

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT****Cystostómia, cysta – gyulladással tömlő - fal egy részének eltávolítása, cysta üreg kiszáraztatása a szájüregbe, tampon befektetése az üregbe****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 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:

 a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes 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, cselekvőképes

 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 / nem¹**Ha igen:**

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): a fogatlan állcsontgerincen gyulladással, fallal rendelkező tömlő

2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul): Cystostómia, cysta fal egy részének eltávolítása, cysta üreg kiszáraztatása a szájüregbe, tampon befektetése az üregbe.

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

Előnye: gyulladás, fájdalom, tályog kialakulásának megelőzése.

Kockázat: Fájdalom, vérzés, láz. Műtési terület környezetében lágyrész, fogak, állcsont érzékenysége, sérülése, érzéskiesés az íny és az arcfél területén. Duzzanat, haematoma (bevérzés). A feltáráson keresztül levegő juthat a bőr alá, amely sercegésként tapintható. A levegő és a vérömleny általában nyom nélkül felszívódik, de ha befertőződik, gyulladás, tályog alakulhat ki. Varrateltelenség, lebeny elhalás, ismételt operáció szükségessége. Idegszál sérülés területén érzéskiesés, zsibbadás. Gennyes arcüreggyulladás, agyi és szemészeti szövődmények, fognótlási nehezítettség, rágási nehézség, beszédzavar, esztétikai zavar. Arc asszimmetria.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

- személyre szabott kockázatok:

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata: Fájdalom. Agyi és szemészeti szövődmények, fognótlási nehezítettség, rágási nehézség, beszédzavar, esztétikai zavar. Arcduzzanat, arc asszimmetria. Későbbiekben fog elvesztése. Krónikus vagy akut gyulladás, tályog alakulhat ki, közeli és távoli területeket betegíthet meg (góchatás), szemgyulladás, hajhullás, bőrbetegség, izületi gyulladás, szívbetegség. A gyulladás tovább terjedhet környező anatómia képletekre, szepszis állapot kialakulhat. A belőle származó baktériumok és mérgeanyagok az egész szervezetet elárasztják, általános vérmérgezést, akár halált is okozhatnak.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: nincs

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: Helyi érzéstelenítésben műtési feltárásból - szükség esetén - csont elfúrásával, cysta fal egy részének eltávolítása, cysta üreg kiszáraztatása a szájüregbe, tampon befektetése az üregbe, sutura.
Teljes gyógyulás.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól szóban 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 kényszertől 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 megisméltése 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:

.....
támogató aláírása

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

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.

