



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatályba lépés:

2017-01-09

## Mastoidectomia, atticoantrotomia

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

Telephely megnevezése:

Telephely 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

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>
<b>Ha igen:</b>	
Támogató neve:	.....
Címe:	.....
Telefonszáma:	.....

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): A csecsnyúlvány, heveny, vagy krónikus gyulladása.

2./ **Beavatkozás megnevezése:**

**Mastoidectomia** – csecsnyúlvány gyulladás műtete: A fül mögötti csontállomány felvése, fúrása, a beteg részek eltávolítása, a dobüreg és csecsnyúlvány üreg összeköttetésének helyreállítása. Az eltávolított szövetek vizsgálata.

**Atticoantrotomia:** A mastoid és az atticus feltárása.

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:** Dr. (p: )

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

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendó.

## 5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

**Előnye:** A gyulladással járó folyamat megszüntetése, az üregek ventilációjának helyreállítása, góctalanítás, hallásjavítás.

**Kockázata:** A fül mögötti terület heges behúzódása, kóros heg (keloid) képződés, fájdalom, láz, varratelégtelenség. A fül mögötti terület érzéketlensége hónapokig fennállhat.

Műtét után hányás, kiszáradás veszélye miatt infúziók, hányáscsillapító kezelés lehet szükséges.

A műtét során tartósan oldalra fordított fejhelyzet miatt átmeneti nyaki fájdalom, izom spasmus. Szédüléssel járó panaszok. Fülfolyás, hallásromlás, halláskiesés. Agyi visszér sérülése, vérzés, agyhártyasérülés, agyvízfolyás, agyhártyagyulladás, agytályog. Nyaki süllyedéssel járó tályog (Bezold), halánték régió tályogja (temporalis abscessus).

Agyi visszér rögösödése, (thrombosis), embolia, fülbetegség eredetű vérmérgezés (otogen sepsis).

Arcideg sérülése, átmeneti vagy tartós arcidegbénulás a mimikai izmok bénulásával. Fülzúgás. Az ízérzés zavara. A gyulladás visszatérése, (recidiva). Ismételt műtét szükségessége.

A műtéttől várt kedvező hatás elmaradása, chronicus középfülgyulladás kialakulása, hallócsontlánc sérülése, ficama (luxatioja), csonthártya és csontvelő gyulladás (osteomyelitis), belső fül ablakok sérülése (ovalis és kerek ablak) agyvízcsorgás (otogen liquorrhea).

Az egyensúlyszerv sérülése, ívjárat sipoly (fistula).

Cholesteatoma – ún. gyöngydaganat – kialakulása a dobüregben és a csecsnyúlványban.

A műtéti üreg állandó fülészeti „szervizt” igényel – 3-6 havonta – az operált fül nem „uszodaképes”.

I. általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

II. személyre szabott kockázatok:

**6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:** A gyulladás tovaterjedése, maradandó halláskárosodás, agyi szövődmény (agytályog, agyhártyagyulladás (meningitis) kialakulása, sinus thrombosis, sepsis. Idült hegesedés a dobüregben, hallócsontok rögzülésével, következményes halláscsökkenéssel.

**7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** Antibiotikus terápia, localis fülkezelések.

**8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:** Altatásban fülműtét, a csecsnyúlvány gyulladással járó elváltozásainak eltávolítása, az antrum, a dobüreg és a csecsnyúlvány összeköttetése, az aditus feltágítása, sarjainak eltávolítása, a dobüregi átjárhatóság, átlégzés biztosítása érdekében, antibiotikus terápia, varratszedés kb. 1 hét múlva.

**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 döntsék 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.

Tájékoztattam 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 kényszerítéstől 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!**

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

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

## 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)

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

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház  
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700**