



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Hörgőtükrözéses vizsgálat

EHB 7-09/00-43

Változat: 1  
Hatályba lépés:  
2017-01-09

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>

**Ha igen:**

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

**1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**

**2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):** Hörgőtükrözés

**3./ Tájékoztatót végző orvos:**

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

**5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

Az Ön kivizsgálása során egy különleges vizsgálati eljárás a hörgőtükrözés, idegen néven bronchosopia vált szükségessé. A félreértések elkerülése végett röviden tájékoztatni kívánjuk erről az eljárásról.

A bronchosopia feltétlenül szükséges a legfontosabb hörgőbetegségek elkülönítéséhez, igazolásához. A hörgőtükrözést más vizsgálatokkal helyettesíteni nem lehet, a vizsgálat elvégzésének elutasítása esetén, **az annak**

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

**elmaradásából származó következményekért Kórházunk semminemű felelősséget nem vállal.** Tekintettel a felmerülő jogi vonatkozásokra, a vizsgálatba történő beleegyezését vagy a vizsgálat elvégzésének visszautasítását írásban kell rögzítenie.

A beavatkozás biztonságos, a súlyos vagy halálos szövődmény előfordulási aránya nagyon alacsony (0.6 % ill. 0.0008% ).

A lehetséges szövődmények:

- garatban, torokban érzett „diszkomfort” érzés, kellemetlen utóérzet, mintha idegentest lenne ott: gyakori (90%<), nem befolyásolja az életminőséget, általában pár óráig tart, ritkán napokig tarthat, kezelést nem igényel, spontán szűnik.
- köhögés: gyakori (90%<), a vizsgálat után megszűnik, kezelést nem igényel.
- hörghurut: gyakori (10-20%), a mechanikai inger okozza (azaz nem kórokozó), fokozott hörgőérzékenység esetén napokig (3-5 nap) is tarthat enyhe köhögéssel, torokfájással járó hörghurut. Recept nélkül igényelhető köptető és torokfertőtlenítő oldat vagy szopogató tableta enyhíti a kellemetlen tüneteket.
- véres köpet: 1-10% gyakoriságú, legtöbbször nem igényel kezelést. Átmeneti szövődmény, pár órán belül megszűnik. Ritkán 1-3 napig tarthat. Az esetek 1-5% igényel vérzéscsillapító kezelést. 0.03%-ban lehet súlyosabb, mely kórházi kezelést igényel.
- légmell: ritka (0.01-0.04% gyakoriságú). Az esetek döntően spontán gyógyulnak fektetés mellett. 0.001%-ban lehet nagyobb kiterjedésű légmell, mikor szükséges mellkasi cső behelyezése.
- gége, ill. hörgőgörcs. ritka (0.2%), a görcsrel járó esetek 99.9%-ában gyógyszeres kezelés elégséges, ritkán eszközös beavatkozással lehet megoldani a szövődményt.
- szívritmus zavar: igen ritka szövődmény (0.06%).
- hörgő sérülés: igen ritka szövődmény (0.01%).
- a halálozási arány alacsony: 0.0008%.

A fent említett szövődmények minimalizálása érdekében kérjük, hogy minden korábbi és jelenlegi betegségeiről, műtétekről, szedett és aktuális gyógyszereiről, gyógyszerérzékenységről tájékoztassa kezelőorvosát és a beavatkozást végző orvost.

**Kérjük, tájékoztassa kezelőorvosát és a vizsgálatot végző orvost is, ha az Ön esetében tudomása van a következők valamelyikéről:**

- |   |            |
|---|------------|
| 1. Tudomása van-e bármilyen gyógyszer- túlérzékenységről ( <b>LIDOCAIN</b> )                  | IGEN / NEM |
| 2. Történt-e fül-orr-gégészeti vagy tüdőbetegség, ill. orr- gége vagy tüdőműtét utáni állapot | IGEN / NEM |
| 3. Van-e ismert szívbetegség  | IGEN / NEM |
| 4. Tudomása van-e máj vagy vesebetegségről  | IGEN / NEM |
| 5. Tudomása van-e inzulinnal kezelt cukorbetegségről  | IGEN / NEM |
| 6. Van-e epilepszia betegsége   | IGEN / NEM |
| 7. Van-e vészes izomgyengeség, myasthenia gravis  | IGEN / NEM |
| 8. Volt-e korábban elszenvedett májgyulladás  | IGEN / NEM |
| 9. Tud-e HIV fertőzöttségéről   | IGEN / NEM |
| 10. Tud-e vércukorszintéről, szed-e véralvadásgátlókat, menstruáció                           | IGEN / NEM |
| 11. Korábbi altatás során bekövetkezett szövődmény volt-e                                     | IGEN / NEM |
| 12. Van-e zöldhályogja  | IGEN / NEM |

**Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben Ön a tájékoztatást elmulasztja, vagy valamely betegségét elhallgatja, az Önre ebből származó hátrányokért az Intézet felelősséget nem vállal.**

A fentiek ismeretében az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

- esetlegesen személyre szabott kockázatok:

A fentiekben felsorolt szövődmények a beavatkozás reális kockázatát jelentik, ezért bekövetkezésük esetén, ha az eljárás az elvárható gondosságnak és a szakmai előírásoknak megfelelően történt, Ön kártérítési igénnyel nem élhet.

**6./A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:** A bronchosopia segítségével Ön mentesülhet a nagyobb megterheléssel járó sebészi vizsgálóeljárásoktól, kiderülhet, hogy mi az Ön számára optimális kezelési mód, sőt az is kiderülhet, hogy nincs szüksége kezelésre. A bronchosopia elvégzése tehát elsősorban az Ön érdeke. A mintavétel 15-75%-ban sikeres (azaz ilyen arányban sikerül a mintavétel).

Előfordul terápiás célú beavatkozás, ilyen esetekben külön tájékoztatja kezelőorvos vagy a beavatkozást végző orvos

a beavatkozás jellegéről.

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

**8./Az ellátás folyamata és várható kimenetele:** Laboratóriumunkban évi 2000 – 2100 hörgőtükrözést végzünk, nagyobb részét helyi érzéstelenítéssel, kisebb részét altatásban.

A vizsgálathoz éhgyomorra szükséges megjelenni

A beavatkozás során a garat helyi érzéstelenítése után egy vékony hajlékony csövet (melynek átmérője eszköztől függően 4-6mm) vezetünk a szájon vagy orron keresztül (akinek légső-sztómája van, azon keresztül) a légsőbe és a hörgőrendszerbe. A beavatkozás minimum 2 percig tart megfelelő együttműködés esetén, de a vizsgálat ideje a beavatkozás jellegétől (lesz-e közben mintavétel vagy egyéb terápiás beavatkozás) függ. Általában átlag 4-8 perc, maximum 15 percig tart. A beavatkozás nem fájdalmas, de kellemetlen fulladás-élménnyel és erős köhögési ingerrel jár együtt. A beavatkozás előtt a kellemetlen élmények csökkentése érdekében adunk köhögés csillapítót és érzéstelenítőt.

Garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után egy óráig nem étkezhet! Szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához, illetve a vizsgálatot végző osztályhoz! A beavatkozás ambulánsan történik (ha osztályos befekvés szükséges, erről tájékoztatja Önt kezelőorvosa vagy a beavatkozást végző orvos). Altatást csak igen ritka, kivételes esetben van módunk alkalmazni (az altatás jelentősen fokozza a szövődmények és a halálozás kockázatát). A vizsgálatnak maradandó káros következménye nincs. Vannak, akik egyik- másik panaszukat időben a hörgőtükrözéshez kötik, az ilyen feltételezések azonban tévedésen alapulnak.

**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 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 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**