



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Tympanoplastica

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 ¹
Ha igen:	
Támogató neve:
Címe:
Telefonszáma:

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Idült középfülgyulladás (otitis media chronica), krónikus cholesteatomas középfülgyulladás, intermittáló fülpanaszok, fülfájás, fülfolyás, progrediáló halláscsökkenés.

2./Beavatkozás megnevezése: Tympanoplastica: idült középfülgyulladás, illetve krónikus cholesteatomas otitis sanáló műtete, és a dobhártya a hallócsontlánc műtéti helyreállítása hallásjavító céllal.

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

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

Előnye: A krónikus vagy cholesteatomas középfülgyulladás sanálása és a dobhártya, hallócsontlánc

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

rekonstrukciója. A hallás javítása lehet egy ülésben, vagy két, vagy akár több szakaszos műtét során.

Kockázatai: A fülmögötti terület heges behúzódása, keloid képződés, fájdalom, láz, varratelégtelenség. A fülmögötti terület érzéketlensége hónapokig fennállhat. Műtét után szédülés, hányás, következményes kiszáradás miatt infúziók, hányáscsillapító, szédüléscsillapító infusios kezelés lehet szükséges. A műtét során tartósan oldalra fordított fejhelyzet miatt átmeneti nyaki fájdalom. Agyi visszér sérülése, vérzés, agyhártya sérülés, agyhártyagyulladás, agytályog. Agyi visszér rögösödése, embolia, fül eredetű vérmérgezés (otogen sepsis). Arcideg sérülése, átmeneti vagy tartós arcidegbénulás, a mimikai izmok bénulásával. Fülzúgás. Az ízérzés zavara. Kiújulás (recidiva) lehetősége, ismételt műtét szükségessége. A műtéttől várt kedvező hatás elmaradása, idült (chronicus) középfülgyulladás kialakulása, hallócsontlánc sérülése, ficama (luxatioja), csonthártya és csontvelőgyulladás (osteomyelitis), belső fül ablakok sérülése (ovalis és kerek ablak) agyvízcsorgás (otogen liquorrhea). Az egyensúlyszerv sérülése, ívjárat sipoly (fistula). Cholesteatoma recidiva (hámgyöngy daganat). A plasticai dobhártya kilökődése, fülfolyás, hallásromlás, a várt hallásjavulás elmaradása, reoperatio szükségessége. A hallás elvesztése.

I. általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

II. személyre szabott kockázatok:

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai: Szövődmények kialakulása, agyhártya-, agyvelőgyulladás, agytályog, maradandó sükettség, maradandó arc idegbénulás, agyi viszerek thrombosisa, fül eredetű septicus állapot (vérmérgezés), az egyensúlyszerv és a belső fül működés teljes kiesése, nyaki, süllyedésszerű tályog (Bezold), illetve halánték régió tályog (temporalis abscessus). Tartós szédülés, hallás elvesztése. A műtét tartós (évekig történő) halasztásával járó további kísérőbetegségek megjelenésének lehetősége, mely a műtéti kockázatot növeli, vagy lehetetlenné teszi. Ismétlődő gyulladások miatt toxikus idegkárosodásának lehetősége.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Heveny fellángolások (exacerbatiók) esetén fülcseppek és antibiotikum adása, localis kezelések, fájdalomcsillapítás, tüneti kezelés.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: Altatásban fülműtét, a csecsnyúlvány (mastoid) gyulladással elváltozásainak eltávolítása, az csecsnyúlvány csarnoka és átjárása a dobüreg és a csecsnyúlvány között (antrum, aditus) sarjainak eltávolítása és az aditus feltágítása. A dobüregből a krónikus gyulladás és cholesteatoma eltávolítása, a hallócsontlánc helyreállítása, a dobhártya pótlása. Ez történhet egy vagy két ülésben tervezetten, cholesteatoma esetén inkább két szakaszban. Műtét után antibioticus terapia, tüneti kezelés fájdalom, szédülés, stb. ellen, localis kezelések, kötéscserék, varratszedés kb. 1 hét múlva. A dobhártya beépülése kb. 4-6 hét alatt. Kilökődése, vagy cholesteatoma recidiva esetén reoperatio szükséges. Ellenőrző hallásvizsgálatok rendszeresen 4-6 hét - 3 hónap - 6 hónap - 1 év. A hallás dokumentálása elengedhetetlen a műtétek előtt és a műtétek után a meghatározott időben.

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 beleegyezésem 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**