



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Perkután tracheosztómia

EHB 7-09/00-43Változat: 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):**2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):** Perkután tracheosztómia (gégemetszés)
Perkután tracheotómia (ideiglenes légszönyílás készítése szabad légút biztosítására, hosszabb időtartamra)**3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:****4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:****5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

Előnyei: a szájon át légszöben hosszabb ideig benntartott lélegeztető tubus gyakoribb szövődményeinek, mint gége-, hangszalag-, légszö nyálkahártya károsodásának, másodlagos légúti fertőzéseknek, késői légszöszűkületnek

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

elkerülése, illetve előfordulásuk valószínűségének csökkentése, egyszerűbb és biztonságosabb légútbiztosítás és kezelés, a beteg komfortérzetének javítása tartós gépi lélegeztetési igény során.

Lehetséges szövődmények: helyi fertőzés; vérzés; szervsérülés (pajzsmirigy, tüdő, nyelőcső); a légsőfal sérülése, gyulladása; maradandó légcsőszűkület; sipoly képződése a nyakon, a gége és a nyelőcső között; légmell, vérmell; egyoldali vagy kétoldali hangszalagbénulás; bőr alatti levegő gyülem; a nyirokkeringés zavara; a légutak elzáródása, fulladás; a hányadék félrenyelése; mediastinális levegő gyülem, tályog; maradandó hegeképződés a nyakon.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata: a szájon, vagy orrjáraton és hangrésen át a légsőbe vezetett, és ott tartott tubus (lélegeztető cső) alkalmazása mellett gyakrabban előforduló szövődmények, mint gége-, hangszalag-, légső nyálkahártya károsodásának, másodlagos légúti és arcüregi fertőzéseknek, késői légcsőszűkületnek veszélye, szabad légút és a szabad légzés vagy lélegeztethetőség elvesztése, a beteg komfortérzetének hiánya, a gépi lélegeztetési periódus megnyúlása, a leszoktatás esélyének csökkenése, általában az eredményes kezelés kockáztatása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: szájon, vagy orrjáraton és hangrésen át a légsőbe vezetett, és ott tartott tubus (lélegeztető cső) alkalmazása.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: a beavatkozást a kórház érvényes orvosi protokollja szerint kellő mélységű műteti altatás alatt helyi érzéstelenítéssel kiegészítve végezzük. Eredményeként a nyakon és légsövön készített nyílásba helyezett légsőkanülön át biztosított a beteg saját légzése, vagy lélegeztetése, a légutak váladékmentesítése. Az alkalmazott beavatkozás várhatóan gyorsítja a beteg felépülését, komfortérzetét javítja. A gépi lélegeztetésről történő leszoktatást elősegíti. Lehetővé válhat a szájon át történő folyadékfogyasztás, táplálkozás.

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 gyogyeredmény 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**