



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatálybalépés:

2023-04-28

Laryngectomia totalis

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): Gége rosszindulatú daganata. Szövetannal igazolt, a parciais resectio határait meghaladó gégetumor esetén.

2./Beavatkozás megnevezése: Amikor a daganat kiterjedése a szervmegtartó partialis resectiot nem teszi lehetővé, akkor teljes gégeeltávolítást végzünk. (pl.: a gége porcos vázán áttörő tumor, subglotticus terjedést mutató tumor, a hangszalagok találkozási pontját beszűrő glotto- supraglotticus tumor, mk. aryporcot beszűrő tumor esetén teljes gégeeltávolítást végzünk). Nyaki nyirokcsomó áttét esetén a műtét kiegészül a nyaki blockdissectioval (egy vagy kétoldali). A műtét a beszédszerv elvesztésével jár. A gyógyulás után mód van nyelöcső hangképzéssel, gégemikrofonnal, vagy hangprotézissel történő beszédrehabilitációra. Az utóbbi időben a hangprotézis beültetés a gége műtéttel egy időben történhet.

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

4./Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:

Előnye: A tumor ablasztikus eltávolítása.

Kockázata: Láz, fájdalom, vérzés, infusio, vérátömlesztés, elhúzódó sebgyógyulás, sebgyógyulás, sipoly, varratelégtelenség, határterületi ér, idegsérülés, nagy nyaki érsérülés, következményes vérvesztés, átmeneti orrszonda táplálás, állapot rosszabbodás. Amennyiben a stoma szűkülést mutat átmeneti vagy maradandó kanülviselés, hangképző szerv elvesztése következtében beszélő képesség elvesztése, agyvérzés, sebszétválás, vérmérgezés (septicus állapot), nyelési panasz, nyálsipoly, vállöv mozgási zavar, következményes arc duzzanat, nyirok keringési zavar. Tumor kiújulás (recidiva) lehetősége. Tartós aspiratio, PEG beültetés szükségessé válhat, aspiratio pneumonia. Nyaki metastasis esetén egy vagy kétoldali nyaki dissectio (lásd. dissectio). Lymphacsorgás, ismételt sebrevisio szükségessége.

I. általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

II. személyre szabott kockázatok:

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata: A tumor folyamatos növekedése, a gégeből való kilépése, nyaki, vagy távoli áttétek kialakulása, táplálkozási és légzési nehezítettség, fulladás. Tumoros fistula, vérzések, kivérzés, halál.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Chemo- radio terápia.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: A műtét altatásban történik. Ha a betegnek még nincs tracheostómája, akkor elvégezzük a légcsőmetszést, és a tracheostómán át intubáljuk a beteget. Ha a műtét előtt volt tracheostómiaja, ekkor a tracheostoma körüli heges, gyulladt, bőrrészeket kimetszük. Nyaki metastasis esetén, általában mindkét oldalon elvégezzük a nyaki dissectiot (módosított, radicalis dissectio, lásd. dissectio beleegyezés). Cranialisan lebonyolított U alakú musculocutan lebenyt preparálunk. Leválasztjuk a nyelvcsont feletti izmokat, valamint resecaljuk a nyelvcsont alatti egyenes nyakizmokat. A garatszűkítő constrictor pharyngis izmokat a gégeről, mindkét oldalon kibuktatjuk a nyelvcsont és a pajzsporc nagy szarvát, a sinus piriformis nyálkahártya megóvása mellett. Lekötjük a géget ellátó artériát és vénát, és a nervus laryngeus superiorokat. A stomától felfelé haladva eltávolítjuk a géget úgy, hogy a hypopharynx ill. az oesophagus nyálkahártyát a postericoid térben nyitjuk meg. Átvágjuk mindkét oldali pharyngoepiglotticus redőt, és a kétoldali resectio vonalat az epiglottis laryngealis felszíne felett a vallecula glossoepiglotticában kötjük össze. Sugblotticus terjedés esetén a felső trachea porcokat is resecalhatjuk, valamint az azonos oldali pajzsmirigy lebenyt is. A sinus piriformis érintettsége esetén a hypopharynxfél resectiójával egészítjük ki a műtétet. Vérzéscsillapítás, sebtörlés. A garatsebet garat felé buktatott varratokkal zárjuk. A constrictor izmokat két rétegben zárjuk, mindkét oldali dissectio területbe szívódraint helyezünk be, a myocutan lebenyt két rétegben csomós öltésekkel zárjuk. Az utóbbi időben a hangprotézis beültetése a gége műtéttel egy időben történhet (lásd. hangprotézis beültetés).

Naponta kötéscsere, szívódrainek cseréje, táplálás orrszondán. Varratszedés a sebgyógyulástól függően 10 nap múlva.

Postoperatív sugárkezelés szükségességét a szövettan, illetve onkoteam dönti el.

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.

Tájékoztatott 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:

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.

.....
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)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

.....
.....
.....
.....
.....

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

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

³ 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.