



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Tympanoplastica

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatálybalépés:

2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház**Tagkórház megnevezése:****Tagkórház címe:****OSZTALY NEVE:**

Oszályvezető 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 / 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 műteti 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 infúziós kezelés lehet szükséges. A műtét során tartósan oldalra fordított fejhelyzet miatt átmeneti nyaki fájdalom. Agyi visszér sérülése, vérzés, agyhártyasérülés, agyhártyagyulladás, agytályog. Agyi visszér rögződése, embólia, 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 visszerek thrombosisa, fül eredetű széptikus 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) gyulladásos 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 antibiotikus terápia, 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 döntsék arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézirással 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!

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:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

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.

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.