

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

DRC MŰTÉT (Dacryocystorhinostomia)

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** A könnycsatornácskák - könnytömlő - könnyorrvezetéknek a két utóbbi között kialakult elzáródása miatt új út kialakítása a könnytömlő és az orrüreg között az orr csontos falán keresztül.
- A beavatkozás célja:** Könnycsorgás kezelése. A műtéti javallat felállításához a könnyelvezető utakról speciális (kontrasztanyag) röntgenfelvételre lehet szükség. A műtéthez belgyógyászati (házi orvos) és fül- orr- gégeszeti engedély (consensus) szükséges.
- A beavatkozás menete, technikája:** A műtét időtartama kb. másfél óra. Többnyire helyi érzéstelenítésben végezhető, de lehetőség van altatásra is. A belső szemzug mellett az orrgyök oldalán ejtett metszésből keressük fel a könnytömlőt, majd elektromos fúróval képzünk ablakot az orrcsonton. (A fúró alkalmazása a fogászati fúróhoz hasonló.) Fúró helyett lézer is alkalmazható. Ezek után varratok biztosításával egybenyitjuk a könnytömlő üregét az orrüregével. A műtét 2-3 mm-es, vagy ennél nagyobb könnytömlő esetében jól kivitelezhető. Ennél kisebb könnytömlő meghiúsíthatja elvárásainkat.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Műtét után az operált terület kisebb vörössége, duzzanata varratszedésig elmúlik. Ritkán erőteljes gyulladás antibiotikum adását indokolja. Fokozott hegesezési hajlam kapcsán - az egyébként alig észlelhető hegvonal vastosabb lehet. Az orrnyálkahártya gyulladással, sarjadzásokkal reakciója fokozatosan elzárhatja az újonnan kialakított könnyelvezető utat, és esetleg a műtét megismétlése válik szükségessé. Műtét után kötés (pólya) és egynapos ágynyugalom javasolt. Néhány napig tilos az orrfúvás. Műtét után az újonnan kialakított könnyelvezető csatorna átmosása indokolt.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Panaszok nem szűnnek meg, könnycsorgás szövődményei fokozódhatnak (pl.: szemhéj bőrének irritációja)
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Ballonos tágítás, könnycsatorna felszúrása, intubációja.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezeléseket elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.