



## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

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

### ARC TERÜLETÉN KIALAKULT SÉRÜLÉS(EK) (LÁGYRÉSZ SÉRÜLÉS, ARCKOPONYATÖRÉS, FOGSÉRÜLÉS) SEBÉSZI ELLÁTÁSA

#### 1. A beavatkozás célja:

Lágyrész sérülések: az arc, a szemhéj, a nyak bőre, valamint a szájüregi nyálkahártya, a nyelv sérüléseinek sebészi ellátása.

Arckoponyatörések: az arckoponyát alkotó csontokon (beleértve az állkapcsot is) kialakult folytonosság-hiány(ok) sebészi megoldása.

Fogsérülés: a fogak különböző helyeken történt törése, a fogaknak a fogágyból történő részleges vagy teljes kiesése esetén, annak sebészi helyreállítása.

#### 2. A beavatkozás menete, technikája: [a tervezett beavatkozás(ok) X jellel jelölendő]

- Lágyrész sérülések ellátása:** történhet helyi érzéstelenítésben vagy altatásban, a választott módszerről külön tájékoztatjuk. A lágyrész sérülések ellátása általában varratokkal történik, melyeket kb. 1 hét múlva távolítunk el. A műtét célja a lágyrész sérülés zárása, fertőzések megakadályozása, esztétikai és funkcionális helyreállítás.
- Törések helyreállítása:** a töréseket leggyakrabban titán lemezek segítségével állítjuk helyre és helyezük nyugalomba. Ritkán egyéb megoldást is választunk (drótvarrat, fogsínezéssel történő rögzítés, csavarozás, járomív törések esetén kiemelés). A törések ellátásához a környező lágyrészeket keresztül jutunk a csontfelszínre, a csontra a lemezeket csavarokkal rögzítjük, majd a lágyrészeket varratokkal látjuk el. A feltárás a törés helyétől függően történhet szájon keresztül, vagy a felszíni bőrön keresztül.
- Ideg felszabadítás:** a korábban, a sérülés miatt kialakult zsibbadás, fonákézés, vagy mozgászavar kezelése céljából az érintett idegágat műtéti metszést követően felkeressük, a környező szövetektől szabadabbá tesszük, az esetlegesen nyomást kiváltó szövetdarabot eltávolítjuk, majd a sebet varratokkal egyesítjük.
- Fogsínezés:** meglazult, mozgó fogak ellátása, egyes esetekben törések kezelésére vagy annak kiegészítésére használjuk. Gyári fémsín, vagy kompozit rögzítésű sín segítségével egységbe foglaljuk az egyes állcsontok fogait. Érzéstelenítés bizonyos esetekben szükséges, alkalmazható helyi érzéstelenítés és altatás is.
- Intermaxillaris fixatio (mandibulo-maxillaris fixatio, állcsont-rögzítés, IMF):** a korábban felhelyezett fogsín, vagy az állcsontba altatásban vagy helyi érzéstelenítésben behelyezett csavarok segítségével, gumigyűrűk vagy dróthurkok segítségével végzett rögzítés, mely az állcsontok egymáshoz való viszonyát stabilizálja. A rögzítés céljától függően 2-6 hétig marad fenn. A fogsorok összezárt állapota miatt étkezése nehezített lesz, pépes étrendet vagy orrszondán keresztüli, esetleg intravénás táplálást biztosítunk.  
A műtéti kezelést szükség esetén antibiotikum kezeléssel egészítjük ki a fertőzések valószínűségének csökkentése érdekében.

#### 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok: Idegsérülés (érzés- vagy mozgászavar), agysérülés, szemsérülés, kettős látás, kötőhártya-gyulladás, fogsérülés, lágyrész sérülés, az állkapocs ízület egy vagy kétoldali fájdalma, kattogása, idegentest nyelése vagy félrenyelése, helyi



vagy általános gyulladás, általános szövődmények, vérömleny, kóros hegesedés, egyéb idegentest-reakció, fémallergia (igen ritka a felhasznált titán lemezek esetén).

**Műtéti következmények:** Helyi duzzanat, fájdalom, szájnyitási korlátozottság, nyelési nehézség, egyes esetekben zsibbadás, fonák-érzés bizonyos idegágak ellátási területén.

- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A törések gyógyulásához rögzítés szükséges, enélkül megfelelő csontgyógyulás, kielégítő funkcionális eredmény nem várható. Fájdalmas állízület, fertőzés alakulhat ki.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Alkalmazható egyes esetekben az állcsontok rögzítése (IMF) 4-6 hét időtartamig, mely azonban a szájnyitás teljes korlátozását jelenti. Egyéb alternatív kezelési lehetőség nem áll rendelkezésre.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék 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 kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelése elutasítására. Ez esetben a kezelése 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 beleegyző nyilatkozat az F-B-04. „Általános beleegyző 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.