

INVAZÍV BEAVATKOZÁS 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 tájékoztatott:

MUCOTOMIA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** alsó orrkagyló-megkisebbités
- A beavatkozás célja:** az alsó orrkagyló tartós gyógyszeres / konzervatív kezelésre nem megfelelő mértékben reagáló megnagyobbodásának műtéti megoldása
- A beavatkozás menete, technikája:** helyi érzéstelenítésben vagy altatásban, általános érzéstelenítésben végezhető a beavatkozás, mely többféle technikával (rádiófrekvencia, hideg eszköz, laser) megoldható, a megfelelő módszer kiválasztása a konkrét eset ismeretében az operáló orvos feladata.

Az ún. elektrokauterizációval, illetve rádiófrekvenciával a megnagyobbodott nyálkahártyát hőroncsolás segítségével zsugorítjuk. Lehetőség van arra, hogy az elváltozást ollóval vagy drótkaccsal távolítsuk el. Más esetekben a nyálkahártya eltávolítása után a csontos orrkagylóból is eltávolítunk egy darabot, és a megmaradt részt az orrüreg oldalfala felé helyezük át. A műtét után esetenként néhány napig kitamponáljuk az orrfeleket.

- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** ritkán jelentkezhet olyan fokú utóvérzés, ami tamponálást, esetleg újabb műtéti beavatkozást tehet szükségessé. Igen ritkán az orrnyálkahártya fokozott kiszáradása, pörkösödése alakulhat ki.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** orrlégzési nehezítettség, előre vagy hátrafelé, a garatba irányuló váladékozás, mely krákogáshoz vezethet. Az orrlégzési panaszokhoz a szaglás és ízérzékelés zavara, szájlégzés, száj- és torokszárazság, horkolás, alvási apnoe, kialvatlanság, fejfájás, orrmelléküreg-gyulladás, az alsóbb légutak érintettsége, a fülkürt működésének zavarai, a középfül krónikus gyulladásai.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** konzervatív kezelés (orrspray)
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS BELEEGYZŐ 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 kezelések 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.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
beavatkozást végző aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő