

## 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 tájékoztattott:

### LUC-CALDWELL MŰTÉT

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Luc-Caldwell (külső arcüreget) műtét
- A beavatkozás célja:** idült arcüreggyulladás / arcüregi cysta / arcüregi térfoglaló folyamat műtéti megoldása
- A beavatkozás menete, technikája:** helyi érzéstelenítésben vagy altatásban, általános érzéstelenítés mellett a felső fogsor felett, az arccsont elülső falának területében, kevéssel az áthajlási redő alatt, a szájpitvarban, a felső metszőfogak gyökerei felett kb. 3-5 cm-es metszést ejtünk a nyálkahártyán. A szájüregi nyálkahártya és a csonthártya leválasztásával szabadabbá tesszük az arcüreg elülső csontos falát, amit aztán vésővel megnyitunk, így áttekinthetővé válik az arcüreg. Ezen a nyíláson keresztül el lehet távolítani a gyulladt nyálkahártyát / cisztát / tumoros folyamatot. Ezt követően ugyancsak vésővel az orrüreg és az arcüreg közötti válaszfalon is készítünk egy nyílást, majd az arcüreget gézcsikkal tamponáljuk. A tampon egyik szarát az orrüregbe vezetjük ki, ennél fogva tudjuk azt néhány nap múlva eltávolítani.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** leggyakoribb következmény, hogy az arc megduzzad. Az arc lágyrészei közé vér szívároghat, a bevérzés néhány nap alatt felszívódik, és a duzzanattal együtt maradéktalanul eltűnik. Késői következmény lehet a csontos ablak körüli lágyrész hegesezés miatti enyhe fájdalom, a terület egy ideig tömöttebb tapintatú. A fogsor feletti nyálkahártyametszés vonalában sarjszövetképződés alakulhat ki. Ezek rendszerint maguktól megszűnnek, vagy gyógyszeres kezeléssel gyorsan megszüntethetőek. Egyéb lehetséges szövődmények: a felső fogak érzéketlensége, érzékenysége, elhalása, sérülése, arcüreg-szájüreg közötti sipoly.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:**
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** krónikus gyulladás esetén kezdetben orrspray-vel kezelhetjük a beteget, illetve orron át endoszkópos (FESS) műtétet alkalmazhatunk.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!



MARKUSOVSKY  
EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ  
SZOMBATHELY

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház  
Székhely: 9700 Szombathely • Markusovszky L. u. 5.  
Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Osztály



• MSZ EN ISO 9001 •  
• MSZ EN ISO 14001 •  
• MSZ 28001 •  
• MEEES •

## 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