

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:

LATERÁLIS (OLDALSÓ) NYAKI CYSTA ELTÁVOLÍTÁSA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** laterális (oldalsó) nyaki sipoly vagy tömlő eltávolítása
- A beavatkozás célja:** Az oldalsó nyaki sipoly vagy tömlő az embrionális fejlődés során kialakuló fejlődési hiba miatt jön létre. Az ún. kopoltyúívvekből visszamaradó rendellenesség, mely a nyak oldalsó területén alakul ki, s az esetek 96-98%-ban egyoldali, csak nagyon ritkán kétoldali. Mindig a fejbiccentő izom előtt-mentén helyezkedik el.
A műtét célja a járat vagy tömlő teljes kiirtása a panaszok és a szövődmények megszüntetésére és a kiújulás megelőzésére.
- 3. A beavatkozás menete, technikája:** A betegség csak műtéttel gyógyítható. A beavatkozás altatásban, általános érzéstelenítés mellett történik. A nyakon végzett bőrmetszést követően élesen-tompán preparálva felkeressük a sipoly vagy tömlő falát, melyet aztán kipreparálunk, eltávolítunk, és szövettani vizsgálatra küldünk. Amennyiben a tömlő vagy sipoly heveny gyulladásban van, gyökeres műtét nem lehetséges. Ilyenkor is szükség lehet azonban műtéti beavatkozásra a szövődmények (pl. tályog) kezelésében.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**
 - Műtétnél: mivel az oldalsó nyaki tömlők és sipolyok nagy erek környékén helyezkednek el, előfordulhat érsérülés, melyet azonnal el kell látni. A garatfalig futó, hosszú sipolyok esetén megnyílhat a garat, mely nyálcsorgást eredményez a sebvonalban.
 - A korai műtét utáni szakban előfordulhat utóvérzés. A ritkán kialakuló nyálcsorgást a garatfali lekötésének lelökdése okozhatja. Nem ritkák a nem sterilitási hibából fakadó endogén (a szájban lévő kórokozók általi) fertőzések, melyek kockázatát növeli a gyulladással környezetben végzett műtét – ezek sebgyógyulási zavarokhoz, fonalkilöklődéshez vezethetnek.
 - Késői szövődmény: a betegség kiújulása. Műtét alatt az elvékonyodó sipoly vagy tömlő falrészlete leszakadhat, és a bennmaradó hámbélésből újra kialakulhat az elváltozás. Ilyenkor a műtét megismétlésére van szükség. Előfordulhat érzékszavar, zsibbadás a műtéti területen, illetve a nyak kozmetikai deformitása.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** az egyre nagyobbra növekedő tömlő gennyes gyulladása, tályogképződése alakulhat ki, ami akár tovakúszó nyaki gyulladást, szepszist is okozhat.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** a betegség csak műtéttel gyógyítható.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

8. Egyénre szabott betegtájékoztatás:

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 kezelésem 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 kényszerből 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