



BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁSHOZ

Kedves Betegünk, kedves Szülők!

Az előzetes vizsgálatok és leletek alapján Önnek/gyermekének idegentest eltávolításra van szüksége. Az alábbiakban tömören megtalálható minden fontos információ a beavatkozással kapcsolatban. A kezelőorvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, lehetőséget biztosítva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

Az előzetes vizsgálatok és leletek alapján Önnek/gyermekének légúti idegentest gyanúja vagy alsó légutak fertőzése, ismeretlen eredetű gyulladása miatt idegentest eltávolításra van szüksége.

2./ A BEAVATKOZÁS MENETE, ILLETVE A BEAVATKOZÁS RÖVID LEÍRÁSA

Idegentest eltávolítása a főhörgők áttekintését követően.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

Merevcsőves vagy hajlékony endoszkóp hangszalagok közti levezetésével a légcső és mindkét oldali főhörgő áttekintése, idegentest esetén annak közvetlen vizuális (endoszkópos) kontroll melletti ellenőrzés melletti eltávolítása, szükség esetén váladék leszívás, illetve átmosás.

4./ AZ ÉRZÉSTELENÍTÉS LEHETŐSÉGEI, VESZÉLYEI

Az altatásról és annak veszélyeiről egy külön nyomtatványon tájékoztatjuk és kérjük a beleegyezését.

5./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI:

- ornyálkahártya, szájüregi és garati nyálkahártya sérülése, vérzése,
- fogak kilazulása,
- hangszalagok sérülése,
- rekedtség,
- gége átmeneti vizenyője, ennek következtében fellépő esetleges átmeneti belégzési nehezítettség,
- gégegörcs, hörgögörcs következményes tüdővizenyővel,
- légcső vagy hörgőrendszer, illetve tüdőszövet sérülése, vérzése,
- levegő kijutása a mellkasba vagy a gátorüregbe,
- nagyér sérülése,
- nyelőcső bemenet, nyelőcső sérülése,
- tüdőtályog,
- gátorüreg gyulladás,



- szepszis kialakulása,
- idegentest sikertelen eltávolítása, ennek következtében ismételt hörgőtükrözés, légcsőmetszés szükségessége,
- halál (teljes légúti elzáródás, hirtelen oxigénhiányos állapot miatti szívleállás vagy az eljárás szövődményei következtében).

7./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

A légső, hörgőrendszer, tüdő elhúzódó/visszatérő gyulladása, szűkület kialakulása a légutakban, tüdőgyulladás, tüdőtályog, szepszis, hirtelen fulladás, halál.

8./ A TÁJÉKOZTATÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója/meghatalmazottja számára megítélésem szerint szükséges, érthető és életkorának, képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának/meghatalmazottjának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam.

Tájékoztattam a beteget/törvényes képviselőjét/hozzátartozóját/meghatalmazottját arról, hogy az ellátással kapcsolatosan térítési díj nem merül fel / felmerül. (megfelelő aláhúzendó).

Kelt:, 20..... hó napóraperc

.....
tájékoztatót adó orvos aláírása

09./ A BEAVATKOZÁS TERVEZETT IDŐPONTJA:

10./ A BETEG/ TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ KÉRDÉSEI:

.....
.....
.....

11./ AZ ORVOS MEGJEGYZÉSEI (a beteg személyes, egyéni műtéti kockázatait, a beteg kérdéseire adott válaszok):

.....
.....
.....



Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Ön a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja, a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Amennyiben a beavatkozás során annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás kiterjesztése csak akkor végezhető el, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a beavatkozás kiterjesztése a beteg valamely szervének vagy testrészének elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – az abba történő beleegyezés hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

12./ BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

BETEG NEVE:

TAJ SZÁM:

SZÜLETÉSI HELY, IDŐ:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):

.....
.....
.....

Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa:

Cselekvőképtelen állapotú személy esetében az Eütv. 16. § (2) bekezdés szerinti helyettes döntéshozó a beavatkozásba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.

Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

Tervezett beavatkozás megnevezése: idegentest eltávolítás

Tájékoztatást adó orvos neve:



A szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt beavatkozással, a beavatkozás céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatást nyújtó orvostól kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a beavatkozásba.

A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen beleegyezem, hogy rajtam a beavatkozást elvégezzék.

Kelt:, 20.....hó nap

.....
tájékoztatót végző orvos
aláírása és pecsétje

.....
beteg/törvényes
képviselő/helyettes döntéshozó
aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

Név

.....

Lakcím

.....

Aláírás

.....