



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ**  
**MANDULA KÖRÜLI TÁLYOG**  
**(PERITONSILLARIS ABSCESSUS)**

**TÁJ/1374**

**Szervezeti egység megnevezése:**  
Vezető:

OEP KÓD:  
Tel.:

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ**  
**Mandula körüli tályog**  
**(Peritonsillaris abscessus)**

**Név:**

**TAJ:**

**Születéskori név:**

**Születési hely, idő: ( éves )**

**Anyja neve:**  
**Cím:**

1. Az Ön betegsége, a beavatkozás indoka (amennyiben már ismert), latinul / magyarul:  
**Peritonsillaris abscessus /mandula körüli tályog/**

2. A javasolt vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód, mely latinul/magyarul:

- ❖ **Tályog punctio /tályog leszívás/**
- ❖ **Tályog incisio /tályog megnyitás/**
- ❖ **Abscess-tonsillectomia /tályogos mandula eltávolítása/**

**A műtét menete:**

A mandula körüli tályogot helyi érzéstelenítésben, ritkán általános érzéstelenítésben (altatásban) nyitjuk meg és a felgyülemlett gennyet eltávolítjuk. Ritkán válik szükségessé az esetleges fellépő vérzés csillapítása, mely elektromos eszközzel történik. Szintén ritkán, a tályog megnyitásával együtt a tályogos mandulát is eltávolítjuk.

3. A vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód kockázata:

Vérzés, láz, fertőzés, hegesezés, fogak meglazulása, kiesése, gyógyszerallergia, maradandó ízérzési, nyelés- és beszédzavarok, kóros keringési reakció, trombózis, embólia, szepszis, vérbelehelés miatti fulladás, hirtelen halál.

4. A vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód elmulasztásának lehetséges, de nem kizárólagos következményei:

A műtét elmaradásának kockázatai nem ítéltetők meg általánosságban, azokat egyedileg kell mérlegelni. Az indokolt műtét elmaradásának lehetséges következményei: fertőzés tovaterjedése a környező területekre, nyakra, mellüregbe, életet veszélyeztető állapot kialakulásához vezethet. A szervezetben maradó gócból egyéb szerveket (szív, vese, idegrendszer, bőr) veszélyeztető fertőzés alakulhat ki.

5. Tájékoztatjuk, hogy a műtétben/ kezelőben/ oktatási célból egészségügyi szakemberek, tanulók lehetnek jelen. A műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép vagy videó felvétel készülhet, melyen személye nem válik felismerhetővé.

6. **Kérjük, hogy a fentiekben leírtakat figyelmesen olvassa el!**

7. Amennyiben további kérdése lenne, azt kezelőorvosának vagy a műtétet végző orvosnak tegye fel. Ők igyekeznek a további felvilágosítást az Ön számára érthető módon megadni.

8. Tisztelettel kérjük, hogy döntését a másik oldalon lévő **Beleegyező nyilatkozat** kitöltésével dokumentálni szíveskedjen!



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ**  
**MANDULA KÖRÜLI TÁLYOG**  
**(PERITONSILLARIS ABSCESSUS)**

**TÁJ/1374**

**Osztály neve:**  
**Vezető:**

**OEP KÓD:**  
**Tel.:**

**Beleegyző nyilatkozat műtétek, valamint orvosi beavatkozások végzéséhez**

Beteg neve:

Születési ideje:

Lakcíme: ,

TAJ száma:

Anyja neve:

Törzsszáma:

**Diagnózis (latinul és magyarul):**

**Tervezett kezelési mód:** Mandula körüli tályog (Peritonsillaris abscessus)

**Várható szövődmények: Lásd a betegtájékoztató 3. pontjában.**

Az Ön esetében várható egyedi szövődmények.....

**Kezelő orvosom a személyes megbeszélés alkalmával tájékoztatott betegségemről, sérülésemről. Részletes felvilágosítást kaptam a tervezett műtétről, orvosi beavatkozásról, annak várható eredményeiről, az előforduló szövődményekről, annak káros hatásairól, valamint a helyette alkalmazható gyógymódokról is.**

A magyarázatot megértettem és minden ezzel kapcsolatos kérdésemre kielégítő választ kaptam. Kellő idő állott rendelkezésemre ahhoz, hogy felelősen döntssek. Kezelő orvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően felvilágosítani.

**Mindezek alapján a tervezett és ajánlott orvosi beavatkozásba, műtétbe beleegyezem, és kérem azt. Amennyiben a kezelés vagy műtét közben valamilyen kiegészítő, a műtétet kiterjesztő tevékenység szükséges, egészségem érdekében, kérem azok elvégzését is.**

**Karcag,**

.....  
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....  
felvilágosítást végző orvos

Tanuk:

1. ....

név

2. ....

név

Lakcím: .....

Lakcím: .....

.....

.....

.....

aláírás

.....

aláírás