



BETEGTÁJÉKOZTATÓ

DOBHÁRTYA ÉS/ VAGY DOBÜREGI TÁLYOG MŰTÉTI HELYREÁLLÍTÁSA (TYMPANOPLASTICA)

TÁJ/1375

Szervezeti egység megnevezése:

Vezető:

OEP KÓD:

Tel.:

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Dobhártya és/vagy dobüregi műtéti helyreállítása (Tympanoplastica)

Név:

TAJ:

Születéskori név:

Születési hely, idő: (éves)

Anyja neve:

Cím:

1. Az Ön betegsége, a beavatkozás indoka (amennyiben már ismert), latinul / magyarul:

Perforatio membranae tympanii / Dobhártya hiány

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

- ❖ Myringoplastica /dobhártya helyreállítása/
- ❖ Tympanoplastica /dobüreg helyreállítása/
- ❖ Tympanoplastica, cholesteatoma sanatioval /dobüreg helyreállítás, szaru eltávolítással/
- ❖ Tympanoplastica stad. II. (Tympanotomia) /dobüreg helyreállítás/

A műtét menete:

A műtétet általános érzéstelenítésben (altatásban) vagy helyi érzéstelenítésben végezzük, operációs mikroszkóp alatt.

A hallójáraton belül, vagy fül mögött vezetett bőrmetszés után a halántéktáji izomzat bonyójából kellő nagyságú darabot veszünk ki és megfelelő méretűre és alakúra vágjuk. A hallójárat bőrének felemelése és a dobüreg megnyitása után operációs mikroszkóp segítségével a dobüreg kóros képleteit eltávolítjuk. Az előkészített saját anyag felhasználásával alakítjuk ki az új dob-hártyát. Amennyiben hallócsont-láncolat egyes részeinek pótlására is szükség van, úgy ebből a feltárásból az is elvégezhető, vagy egy későbbi időpontban, második műtét során kerül pótlásra. A hallócsont-láncolatot a halántékcsontból vett és pontosan kialakított apró csontdarabbal lehet pótolni, de a szükséges formára tervezett kis fém vagy műanyag protézisek is beültethetők. A hallójárat helyreállítása után a sebet varratokkal zárjuk, a hallójáratba tampon kerül.

3. A vizsgálat/beavatkozás / műtét / gyógymód lehetséges, de nem kizárólagos kockázata:

Vérzés, láz, fertőzés, műtéti terület érzéketlensége vagy túlérzékenysége, gyógyszerallergia, hallásromlás, esetleg teljes hallásvesztés, szédülés, arcidegbénelás, kóros vérzés, trombózis, embólia, agyhártyagyulladás, agytályog, süllyedésses tályog, szepszis, hirtelen halál.

4. A vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód elmulasztásának lehetséges következményei:

A műtét elmaradásának kockázatai nem ítéltetők meg általánosságban, azokat egyedileg kell mérlegelni. Az indokolt műtét elmaradásának lehetséges következményei: a dobhártya perforáción keresztül a beteg középfül könnyen fertőződik, és ilyenkor fülfolyás keletkezik. Műtét nélkül a beteg hallásromlása megmarad. Amennyiben sokszor fertőződik, a hallásromlás fokozódhat, a krónikus középfülgyulladás már csak nagyobb műtéttel gyógyítható.

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!

Készítette:

Jóváhagyta:

Verzió: 02

Dátum: 2012.10.15.

1/2



BETEGTÁJÉKOZTATÓ

DOBHÁRTYA ÉS/ VAGY DOBÜREGI TÁLYOG MŰTÉTI HELYREÁLLÍTÁSA (TYMPANOPLASTICA)

TÁJ/1375

Osztály neve:
Vezető:

OEP KÓD:
Tel.:

Beleegyező nyilatkozat műtétek, valamint orvosi beavatkozások végzéséhez

Beteg neve:

Születési ideje:

Lakcíme: ,

TAJ száma:

Anyja neve:

Törzsszáma:

Diagnózis (latinul és magyarul):

Tervezett kezelési mód:

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 dönthessek. 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