



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ARCÜREGÖBLÍTÉS
/PUNCTIO SINUSITIS MAXILLARIS/

TÁJ/1366

**ARCÜREGÖBLÍTÉS/
PUNCTIO SINUSITIS MAXILLARIS**

1. Az Ön betegsége, a beavatkozás indoka latinul / magyarul:

Sinusitis max. acuta/ chronica / Heveny vagy idült arcüreggyulladás

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

Punctio sinusitis maxillaris/ Arcüregöblítés

A műtét menete:

A fenti beavatkozásokat helyi érzéstelenítésben érzéstelenítő oldatos tampon orrüregbe helyezésével végezzük.

Az arcüreg felől, az alsó orrkagyló alatt tűvel a csontos falat átszúrva az arcüregbe hatolunk, az üreg tartalmát vízzel kiöblítjük.

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

Vérzés, fertőzés, láz, hegesezés, összenövések az orrban, gyógyszerallergia, kóros keringési reakció, thrombosis, embolia, vérbelehelés miatti fulladás, hirtelen halál.

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

A beavatkozás elmaradásának kockázatai nem ítélték meg általánosságban, mert azokat egyedileg kell mérlegelni. A beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:

Láz, fájdalom, góc okozta betegségek, szemüregbe, fogakra, arccsontra, nyakra, koponyaüregre terjedő gyulladás.

5. Tájékoztatjuk, hogy a műtőben/ kezelőben oktatási célból egészségügyi szakemberek, tanulók lehetnek jelen. A műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép vagy videofelvétel 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** aláírásával igazolni szíveskedjen.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ARCÜREGÖBLÍTÉS
/PUNCTIO SINUSITIS MAXILLARIS/

TÁJ/1366

Osztály neve:
Osztályvezető:

OEP KÓD:
Tel.:

Beleegyző nyilatkozat műtétek, valamint orvosi beavatkozások végzéséhez

Beteg neve:
Lakcíme: ,
Anyja neve:

Születési ideje:
TAJ száma:
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 döntssek. Kezelő orvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően felvilágosítani.

Mindezek alapján a tervezett és ajánlott orvosi beavatkozásba, műtétbe beleegyzem, 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