



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
DOBHÁRTYA BEMETSZÉSE
/PARACENTÉZIS/

TÁJ/1367

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

1. Az Ön betegsége, a beavatkozás indoka (amennyiben már ismert), latinul/magyarul:
 - **Otitis media acuta purulenta** /heveny gennyes középfülgyulladás
 - **Otitis media chronica serosa** /idült savós középfülgyulladás
2. A javasolt vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód, mely latinul/magyarul:
Dobhártya bemetszése /Paracentézis

A műtét menete:

A beavatkozást általában helyi érzéstelenítésben érzéstelenítő oldat hallójáratba juttatásával végezzük. A dobhártya átmetszésének célja: a dobüregben kórosan termelődött váladék kiürülésének elősegítése, a dobhártya feszülésének megszüntetése, a fájdalom csökkentése, a gyógyulás elősegítése. A dobhártyát az elülső-alsó részén, apró, éles lándzsával metsszük be. A metszésvonalnak elég tágnak kell lennie ahhoz, hogy a nagy mennyiségű, sűrű váladékot szívóval el tudjuk távolítani és hogy ne záródjon be a gyógyulás előtt.

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

Láz, fertőzés, vérzés, gyógyszerallergia, hegesedés, maradandó nyílás a dobhártyán, fülfolyás, hallásromlás, esetleg teljes hallásvesztés, szédülés, arcidegbénulás, kóros keringési reakció, trombózis, embólia, agyhártyagyulladás, szepszis, hirtelen halál.

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

A beavatkozás elmaradásának kockázatai nem ítélték meg általánosságban, azokat egyedileg kell megítélni. Gennyes középfülgyulladásnál a gennyes váladék a gyulladt dobhártyát elődomborítja, nyomja és a leggyengébb helyen átszakítja. Spontán átszakadás után maradandó dobhártya perforáció alakulhat ki. A gyulladás ráterjedhet a középfül sejtrendszerére és a középfül körüli képletekre és szövődményeket (arcidegbénulás, belsőfül gyulladás miatt szédülés, sükettség, agyhártyagyulladás, agytályog) okozhat. A dobüregben huzamosabb ideig tartózkodó savós váladék besűrűsödik, kocsonyássá válik, szervül, végül az egész dobhártya és a hallócsontláncolat fixálódik és maradandó halláscsökkenés alakul ki, a dobüregi folyadék felülfertőződhet és gennyes középfülgyulladás és annak szövődményei (agyhártyagyulladás, agytályog) alakulhat ki.

5. Tájékoztatjuk, hogy a műtőben/ 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 **Beleegyző nyilatkozat** kitöltésével dokumentálni szíveskedjen!



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
DOBHÁRTYA BEMETSZÉSE
/PARACENTÉZIS/

TÁJ/1367

Osztály neve:
Osztályvezető:

OEP KÓD:
Tel.:

Beleegyező 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 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