



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ENDOSCOPOS GÉGEVIZSGÁLAT ÉS MŰTÉT
(MICROLARYNGOSCOPIA)

TÁJ/1379

Szervezeti egység megnevezése:

Vezető:

OEP KÓD:

Tel.:

BETEGTÁJÉKOZTATÓ
Endoscopos gégevizsgálat és műtét
(Microlaryngoscopia)

Név:

TAJ:

Születéskori név:

Születési hely, idő: (éves)

Anyja neve:

Cím:

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

Algarat és gége jóindulatú vagy rosszindulatú betegsége

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

-1 Mikrolaryngoscopia/altatásos, szájon keresztül végzett mikroszkópos gége vizsgálat illetve műtét/
-2 Szövetteni vizsgálatra anyagvétel a műtét során

A műtét menete:

Általános érzéstelenítésben (altatásban) merev fémcsövet vezetünk az algaratba vagy gégebe, a cső elé operációs mikroszkópot állítunk a kellő nagyítás biztosításához. Mikrosebészeti eszközökkel dolgozva a szükséges mennyiségű szövetet eltávolítjuk. A műtét utáni állapot nagyban függ az elváltozás kiterjedésétől, az okozott szövethiány mértékétől. A vérzéscsillapítás kémiai edzőszerrel vagy elektromos eszközzel történik.

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

Fertőzés, láz, vérzés a légutakból, hegesedés, gyógyszerallergia, nyálkahártya összenövés a gégében, átmeneti, vagy tartós rekedtség, gégegyálkahártya vizenyője, mely miatt átmeneti, vagy állandó jellegű légszűkítést kell végezni, légmellkas, fulladás, hirtelen halál.

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

A műtét elmaradásának kockázatai nem ítélték meg általánosságban, azokat egyedileg kell mérlegelni. Az indokolt műtét elmaradásának lehetséges következményei: az eltávolítandó szövetszaporulat tovább növekedhet, mely miatt a panaszok kifejezettebbé válhatnak. Ritkán olyan méretet is ölthet, amely komoly orvosi beavatkozást igénylő nehézlégzést okoz. Daganatos betegség gyanúja esetén az elmaradt beavatkozás veszélyei megjósolhatatlanok, de gyakran végzetes kimenetelű lehet.

5. Tájékoztatjuk, hogy a műtétben/kezelésben/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 kérdés 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!

Készítette:  Jóváhagyta:

Verzió: 02

Dátum: 2012.10.15.

1/2



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ENDOSCOPOS GÉGEVIZSGÁLAT ÉS MŰTÉT
(MICROLARYNGOSCOPIA)

TÁJ/1379

Osztály neve:

OEP KÓD:

Vezető:

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: Mikrolaryngoscopia/altatásos, szájon keresztül végzett mikroszkópos gége vizsgálat illetve műtét

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