



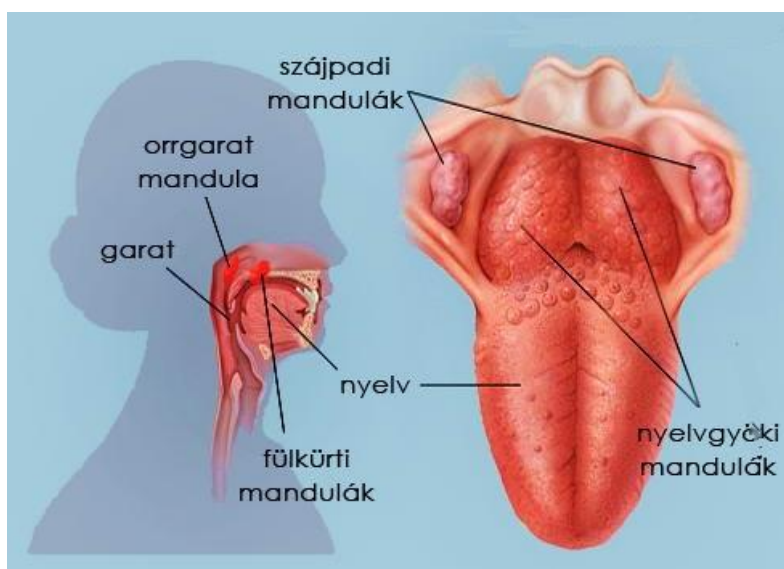
## BETEGTÁJEKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT TONSILLOTOMIA (SZÁJPADI MANDULA MEGKISEBBÍTÉS)

### Kedves Betegünk, kedves Szülők!

Az előzetes vizsgálatok és leletek alapján Önnek/gyermekének torokmandula megkisebbítésre van szüksége. Az alábbiakban tömören megtalálható minden fontos információ a beavatkozással kapcsolatban. A kezelőorvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, lehetőséget biztosítva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

### 1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

Az előzetes vizsgálatok és leletek alapján Önnek/gyermekének szájpadli mandulák megnagyobbodása, idült gyulladása miatt a szájpadli mandulák tokon belüli műtéti megkisebbítésére van szüksége a mandulák megőrzésével.



### 2./ A MŰTÉT MENETE, ILLETVE A BEAVATKOZÁS RÖVID LEÍRÁSA

A mandulaműtétet altatásban végezzük, melynek során a során a beteg hanyatt fekszik, és a száját egy megfelelő eszközzel (szájterpesszel) tartjuk nyitva, amely részben az elülső fogakon támaszkodik, nagyrészt azonban egy, a testtől független fémállványon. A mandulák megkisebbítését több eszközzel is ellehet végezni, melyet a műtétet megelőzően az operátorral szükséges egyeztetni. Lehetőség van egyéb szöveteltávolításra kifejlesztett eszköz, mint például koblátor vagy rádiófrekvenciás hurok alkalmazására, továbbá klasszikus sebészi eszközökkel (ollóval, raspatoriummal) vagy elektromos eszközzel (bipoláris csipesz, olló) is történhet a műtét. Elektromos eszköz használata esetén a beteg teste alá földelektródát helyezünk.



### **3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA**

A beavatkozás célja a gyakori tonsillitist vagy horkolást okozó torokmandulák eltávolítása, megelőzve ezzel további (akár szövődményes) mandulagyulladások, góctünetek kialakulását vagy jelentősen csökkentve a horkolás mértékét.

### **4./ AZ ÉRZÉSTELENÍTÉS LEHETŐSÉGEI, VESZÉLYEI**

A beavatkozás általános érzéstelenítésben (aneszteziológus szakorvos által végzett intratracheális narkózisban) történik. Az altatásról és annak veszélyeiről egy külön nyomtatványon tájékoztatjuk és kérjük a beleegyezését.

### **5./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI**

Műtét közben:

- súlyos vérzés- esetleg vért kell adni,
- fogak kilazulhatnak, kieshetnek, letörhetnek,
- nyelv, ajak beduzzadhat,
- szájszagi bőr lehorzsolódhat.

Műtétet követően:

- utóvérzés,
- sebgyógyulási zavar,
- nyirokcsomó gyulladás,
- ízérzési zavar,
- mandulacsonk gyulladása, tályogja,
- a műtét előtt, alatt és után használt gyógyszerekre kialakuló különböző súlyosságú allergiás reakciók.

Nagyon ritka:

- a mandulacsonk eltávolításának szükségessége,
- nyaki- illetve gátortályog,
- vérmérgezés,
- fatális kimenetel,
- idegrendszeri maradványtünetek.

### **7./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

A kezeletlen obstruktív alvási apnoé (OSA) gyermekeknél többféle következménnyel járhat. Gyakran jelentkeznek figyelemzavarok és viselkedési problémák, például hiperaktivitás, impulzivitás, dacos viselkedés vagy agresszió. Emellett nappali aluszékonyság is kialakulhat, ami rontja a gyermek teljesítményét és mindennapi működését. Súlyos OSA esetén a növekedés is érintett lehet: előfordulhat elmaradás a súlygyarapodásban és a fejlődésben, míg a megfelelő kezelés hatására testsúlynövekedés és javuló növekedés figyelhető meg. A szív- és érrendszerre gyakorolt hatások szintén jelentősek lehetnek, ideértve a magas vérnyomást, a jobb és bal szívkamra működési zavarait, valamint a szív eredetű tüdőbetegség (cor pulmonale) kialakulását. A gyakori mandulagyulladások megterhelik a szervezetet, valamint igen gyakori antibiotikum



szedését teszik szükségessé, növelve ezzel az antibiotikum rezisztencia kialakulásának és a normál baktériumflóra kiirtásának kockázatát.

## 8./ A TÁJÉKOZTATÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója/meghatalmazottja számára megítélésem szerint szükséges, érthető és életkorának, képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának/meghatalmazottjának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam.

Tájékoztattam a beteget/törvényes képviselőjét/hozzátartozóját/meghatalmazottját arról, hogy az ellátással kapcsolatosan térítési díj nem merül fel / felmerül. (megfelelő aláhúzendó).

Kelt: ....., 20..... hó ..... nap .....óra .....perc

.....  
tájékoztatót adó orvos aláírása

## 9./ A BEAVATKOZÁS TERVEZETT IDŐPONTJA: .....

## 10./ A BETEG/ TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ KÉRDÉSEI:

.....  
.....  
.....

## 11./ AZ ORVOS MEGJEGYZÉSEI (a beteg személyes, egyéni műtéti kockázata, a beteg kérdéseire adott válaszok):

.....  
.....  
.....

Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Ön a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja, a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Amennyiben a beavatkozás során annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás



kiterjesztése csak akkor végezhető el, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a beavatkozás kiterjesztése a beteg valamely szervének vagy testrészének elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – az abba történő beleegyezés hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

## 12./ BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

**BETEG NEVE:** .....

**TAJ SZÁM:** .....

**SZÜLETÉSI HELY, IDŐ:** .....

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):

.....  
.....  
.....

Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa: .....

Cselekvőképtelen állapotú személy esetében az Eütv. 16. § (2) bekezdés szerinti helyettes döntéshozó a beavatkozásba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.

Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): szájpadli mandulák megnagyobbodása, idült gyulladása

Tervezett beavatkozás megnevezése: szájpadli mandula megkisebbités

Tájékoztatót adó orvos neve: .....

A szóbeli tájékoztatót és a jelen nyilatkozathoz tartozó beteg-tájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt beavatkozással, a beavatkozás céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatót



nyújtó orvostól kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a beavatkozásba.

A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen beleegyezem, hogy rajtam a beavatkozást elvégezzék.

Kelt: ....., 20..... hó ..... nap

.....  
tájékoztatást végző orvos  
aláírása és pecsétje

.....  
beteg/törvényes  
képviselő/helyettes döntéshozó  
aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

Név .....

.....

Lakcím .....

.....

Aláírás .....

.....