

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/4 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat gégemetszéshez		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GÉGEMETSZÉSHEZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

A tervezet beavatkozás során – altatásban – börmetszést követően a gyűrűporc alatti első vagy második részben a kötőszövetes lemez tompa tágításával akkora rés ejtünk, amibe a gégekanül befér. A kanül előreláthatólag csak átmeneti ideig marad a légcsőben. A nyílás napok alatt bezáródik, ha a kanült eltávolítjuk. Ritka esetben sebészi feltárássra lehet szükség.

A beavatkozás **haszna, előnye**, hogy a beteg könnyebben leszoktatható a gépi lélegeztetésről, a száj-, és a légcsőápolás egyszerűbb, a beteg által formált szavak könnyebben érthetővé válnak. Lehetőségessé válik a szájon keresztüli táplálkozás, ivás.

Amennyiben nem helyezünk be gégekanült, a fenn említett ápolási műveletek, a beteg funkciói nehezítettek maradnak. Megnyúlik a gépi lélegeztetésről való leszoktatás, és tartós légúti tubus benntartás esetén gyakori a sürgősségi légcsőmetszés szükségessége.

A beavatkozás lehetséges **szövődménye**, hogy szakszerű és gyakorlott orvos kezében is a beavatkozás során **vérzés** vagy légcsősérülés alakulhat ki. Ez vérátömlesztést tehet szükségessé, a légcsősérülés, pedig további szövődményekhez, esetleg gátorgyulladásához vezethet. Előfordul, hogy ilyenkor tartós légcső-stentre (sámfa) van szükség. Szakszerű ápolás esetén is a kanül környezetében fertőzés alakulhat ki. Az előbb felsorolt szövődmények igen kis gyakorisággal és valószínűséggel halálosak is lehetnek. A szövődmények szakszerű ellátás mellett kezelhetők.

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:

- Válasz:

- 2. Kérdés:

- Válasz:

- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)

- **A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A GÉGEMETSZÉS ELVÉGZÉSÉRŐL

A GÉGEMETSZÉS ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam gégemetszés elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), az eljárás lényegét megértettem és az eljárással járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt a gégemetszés nem végezhető el.

A KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYEZEM BELE.

Az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

¹ A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/4 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat gégemetszéshez		Oldalszám: 2/2

Kontrasztanyag adásához:

- hozzájárulok nem járulok hozzá **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

Ezúton nyilatkozom, hogy a gégemetszés elvégzéséhez

- hozzájárulok nem járulok hozzá **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatban (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

Keltezés helye, ideje:

..... (tájékoztató orvos neve olvashatóan) (műtétet/beavatkozást végző orvos neve olvashatóan) (nyilatkozó személy neve olvashatóan)
--	---	---

..... (tájékoztató orvos aláírása, ph.) (műtétet/beavatkozást végző orvos aláírása, ph.) (nyilatkozó személy aláírása)
---	--	---

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*: **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra | <input type="checkbox"/> cselekvőképtelen beteg |
| <input type="checkbox"/> korlátozottan cselekvőképes beteg | <input type="checkbox"/> nyilatkozattételre jogosult személy** |
| <input type="checkbox"/> törvényes képviselő | |

..... (kezelőorvos neve olvashatóan) (tanú neve) (tanú neve)
---	----------------------	----------------------

..... (kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje) (tanú lakcíme) (tanú lakcíme)
--	-------------------------	-------------------------

*Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

**Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.