

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1007/4</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a bőr alatti tályog feltárásához		<b>Oldalszám: 1/3</b>

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT A BŐR ALATTI TÁLYOG FELTÁRÁSÁHOZ

1. Beteg<sup>1</sup> neve: ..... TAJ száma: .....

Beküldő diagnózis: .....

### 2. Tájékoztató tartalma:

A beavatkozáshoz, melyet tervezi, szükséges az Ön beleegyezése. Ahhoz, hogy dönteni tudjon, az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás módjáról, jelentőségéről, következményeiről és a szóba jöhető szövődményekről.

#### A betegség

Panaszai és az elvégzett vizsgálatok az Ön esetében tályogot igazoltak.

Az érintett területen, a zsírral és kötőszóval kitöltött tér bakteriális fertőződése által okozott gyulladást okozó beszűrődés. A folyamat előrehaladtával beolvad, sokszor 50-100 ml gennyet tartalmazó tályoggá alakul. A fertőzés az esetek döntő többségében a bőr baktérium-környezetéből ered. Fertőzésre hajlamosít a cukorbetegség, a leromlott általános állapot, az immunműködés rendellenessége. Általában a szőrtüsző, izzadság ill. faggyúmirigy, vagy egy bőrsérülés a fertőzés forrása. Ezek a tályogok általában felszínesek, közvetlenül a bőr alatt helyezkednek el.

#### A betegség veszélyei és a kezelés módjai

Elhanyagolt esetekben a tályog spontán a bőr felszínére törhet. A beolvadás első jelénél feltárást kell végezni a folyamat minél sürgősebb ellátása érdekében. A feltárás kiterjed a gyakran többrekeszes tályog minden zugára, megfelelő kivezetést és fertőtlenítő oldattal történő öblítési lehetőséget biztosítunk. Szükségessé válhat antibiotikum adása is. A gyógyulás elhúzódása, tartós vérmérgezés esetén visszamaradó tályog lehetősége vetődik fel, ilyenkor az újabb feltárás, a kezelésből kimaradt területek kitisztítása elengedhetetlen. Csupán antibiotikum kezeléssel nem lehet az ilyen eseteket megoldani.

#### Műtéti eljárások

A tályogot helyi érzéstelenítésben, általános érzéstelenítésben, meghatározott esetekben gerincvelői érzéstelenítésben tárjuk fel. A bőrön a gyulladt területen bőrmetszést ejtünk, szükség esetén többet is. A tályogüreget rekeszeit összenyitjuk, a gennygyülemet kiürítjük. A tályogüreget megfelelő fertőtlenítő oldattal kiöblítjük, és szükség esetén csövet helyezünk az üregbe.

#### Lehetséges szövődmények

##### **A betegre háruló kockázatok:**

Valamely beavatkozás abszolút kockázatmentességét egyetlen orvos sem garantálhatja.

Általában műtéti kockázatnak az *eredménytelenség* illetve az olyan *szövődmények* valószínűségét nevezzük, amelyek a szakmai szabályok betartása mellett is előállhatnak, bekövetkeztek előre nem látható és teljes biztonsággal nem védhető ki. Értelemszerű, hogy ezekért a sebészt nem terheli felelősség, ezt a (minimális) kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtétnek. Ilyen kockázati tényezők pl.: a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtéti beavatkozásra.

Vérzés, utóvérzés

A műtét során megfelelő módszerekkel a vérzéseket csillapítjuk, mégis néhány százalékban előfordulhat utóvérzés. Ebben az esetben szükség lehet a műtéti terület újbóli feltárására és a vérzés műtéti csillapítására. Egyes esetekben műtét nélkül is elérhető a vérzés megállása. Elvéve szükség lehet vér és/vagy vérkészítmény adására.

Sebváladékkozás

**A műtéti sebet nyitva kezeljük, ennek megfelelően a sebüreget váladékozik.**

##### **Thromboemboliás szövődmények**

Mint minden műtéti beavatkozásnál, ezen műtétknél is a nagyobb vénákban vérrög (trombózis) alakulhat ki, mely leszakadva egy másik ér ürterét elzárhatja (embólia). Megelőzésére véralvadásgátló anyagot – kis molekulású heparin injekciót a has bőre alá – adunk, mely vérzékenységhez, egyes esetekben súlyos véralvadási zavarhoz vezethet.

##### **Tályog megmaradása**

Az akut gyulladás lezajlása után megmaradhat tályog, illetve tovább is terjedhet. Legsúlyosabb esetben általános vérmérgezés alakul ki.

<sup>1</sup> 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"

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1007/4</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a bőr alatti tályog feltárásához		<b>Oldalszám: 2/3</b>

**A beavatkozás körüli időszak jellemzői:**

**A beavatkozás után:**

- a műtétet követően infúzióban folyadékpótlást kap, fájdalmát csillapítjuk, pulzusát, vérnyomását rendszeresen ellenőrizzük. Esetleges egyéb kísérőbetegségei további ellenőrzéseket tehetnek szükségessé,
- a műtétet követő 24 órán belül segítséggel felkelhet,
- a műtét utáni első napon folyadékot, majd normál étrendet fogyaszthat,
- a sebet napi rendszerességgel kötni kell,
- az első napokban orvos által fertőtlenítő oldattal a sebet ki kell tisztítani,
- beszélje meg kezelőorvosával a szükséges további teendőket.

**Gyógyulási kilátások**

A műtéti feltárásnak kicsi a kockázata, nem változtatja meg az operált aktivitását, munkaképességét.

Műtét után a kórházban tartózkodási idő általában 1-3 nap, a műtét előtti aktivitás visszatérése további általában 1-3 nap múlva várható. Mindezeket természetesen kísérőbetegség(ek) megléte, az esetleges szövődmények, a beteg állapota és munkaköre befolyásolhatják.

**A beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:**

- 1. 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 BŐR ALATTI TÁLYOG FELTÁRÁSÁRÓL**

**A BŐR ALATTI TÁLYOG FELTÁRÁSÁBA BELEEGYEZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam a bőr alatti tályog feltárása szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatmal 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 bőr alatti tályog feltárása nem végezhető el.

**Ezúton nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, a bőr alatti tályog feltárásához**

- 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](http://www.eeszt.gov.hu)) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<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.

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1007/4</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a bőr alatti tályog feltárásához		<b>Oldalszám:</b> 3/3

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, orvosi pecsétje)	..... (műtétet/beavatkozást végző orvos aláírása, orvosi pecsétje)	..... (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)

\*Jogsabály 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.