



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ORRSÖVÉNY MŰTÉT
(SEPTUM PLASTICA)

TÁJ/1377

Szervezeti egység megnevezése:

Vezető:

OEP KÓD:

Tel.:

BETEGTÁJÉKOZTATÓ
Orrsövény műtét
(Septum plastica)

Név:

TAJ:

Születéskori név:

Születési hely, idő: (éves)

Anyja neve:

Cím:

1. Az Ön betegsége, a beavatkozás indoka (amennyiben már ismert), latinul / magyarul:
Deviatio septi nasi /orrsövény elferdülés/

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

- ❖ **Nasalis endoscopia /endoscopos orrvizsgálat/**
- ❖ **Resectoi sepi nasi submucosa /orrsövény műtét/**
- ❖ **Réteges tamponálás /orrüregi tamponálás/**

A műtét menete:

A műtét helyi vagy általános érzéstelenítésben (altatásban) végezzük. Az orrüregen belül műtéti metszést ejtünk, a ferde orrsövény csontos-porcós lemezéről részben vagy egészében lepreparáljuk a lágyrészbőrt, amely nyálkahártyát, csontbőrt és porchártyát tartalmaz. A csont- és porclemezéket kibillentjük ferde helyzetükből és részben vagy egészben eltávolítjuk. Ezután a kétoldali lágyrészbőrt visszafektetjük, és új helyzetében rögzítjük. A rögzítést többnyire tamponnal, esetleg varratokkal végezzük.

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

Láz, fertőzés, vérzés, tampon eltávolítása után utóvérzés, véromlenny kialakulása, ami ismételt tamponálást tehet szükségessé, hegesezés, összenövés az orrban, orrhát besüppedése, orrcsúcs lesüllyedése, egyéb orrháti alak eltérések, amelyek miatt esetleg második műtét válhat szükségessé, gyógyszerallergia, kóros keringési reakció, trombózis, embólia, hirtelen halál

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

A beavatkozás elmaradásának kockázatai nem ítélték meg általánosságban, azokat egyedileg kell mérlegelni. Az orrsövényműtét az esetek jelentős részében életminőséget javító beavatkozás, elhagyásának ilyenkor nincs súlyos következménye. Azokban az esetekben, amikor a gátolt orrlégzés más másodlagos orrmelléküregi, fülészeti, torok, garat, illetve alsóbb légúti megbetegedéseket okoz, a műtét elhagyása ezek állandósulását, fokozatos romlását idézheti elő. Kiemelendő, hogy bizonyos középfülműtétek előtt az orrlégzés rendezése szükséges, ennek elhagyása a fülbetegség gyógyulási esélyét jelentősen csökkenti.

5. Tájékoztatjuk, hogy a műtétben /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 **Beleegyező nyilatkozat** kitöltésével dokumentálni szíveskedjen!

Készítette:  Jóváhagyta: 

Verzió: 02

Dátum: 2012.10.15.

1/2



BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ORRSÖVÉNY MŰTÉT
(SEPTUM PLASTICA)

TÁJ/1377

Osztály neve:
Vezető:

OEP KÓD:
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: Orrsövény műtét (Septum plastica)

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 beleegyzem, 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