

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Fejsérülések kezelése</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-26.</b> <b>Verziószám: 1</b>
---	--

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b> #!NEV;	<b>TAJ szám:</b> #!TAJ;
<b>Anyja neve:</b> #!BANYJANEVE;	<b>Születési idő:</b> #!SZULIDO;

**Cselekvőképтелenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):**

Rokonsági foka :

- |   |   |
|---|---|
| a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában   | c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes |
| b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes | ca) gyermeke, ennek hiányában   |
| ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában      | cb) szülője, ennek hiányában  |
| bb) gyermeke, ennek hiányában                       | cc) testvére, ennek hiányában   |
| bc) szülője, ennek hiányában                        | cd) nagyszülője, ennek hiányában  |
| bd) testvére, ennek hiányában                       | ce) unokája   |
| be) unokája   |   |

**1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):** Fejsérülések kezelése

A fejsérülések többségét az agykoponya sérülései teszik ki.

Leggyakoribb közülük az **agyrázkódás**, a fejert ért hirtelen erőbehatás következtében.

Tünetei: eszméletvesztés, emlékezetkihagyás, fejfájás, szédülés, hányinger, hányás, aluszékonyság. Az agyrázkódást kimutatható agykárosodás nem kíséri. A tüneteket kisfokú agyduzzanat idézi elő, amely általában visszafordítható és maradandó elváltozást nem okoz. Az agyrázkódott beteg pár napos pihenés, ágy nyugalom és fájdalomcsillapítás után gyógyulnak tekinthető.

**Agyzúzóadás** során az agyvelő egyes részei roncsolódnak.

Tünetei: tartós eszméletvesztés, emlékezetkihagyás, alacsony vérnyomás és pulzus, magas láz.

Az agyduzzanat tüneteit agnyomás csökkentő gyógyszerekkel, infúzióval küzdjük le. A beteg ágynyugalomra szorul, lázát csillapítjuk. Tartósan figyeljük a pulzust, vérnyomást, légzést, öntudatot és a hőmérsékletet. Az agyzúzóadás általában tünet- és szövődménymentesen gyógyul. A beteg 7-8 napos megfigyelése után elhagyhatja a kórházat.

**Agnyomásnak** nevezzük, amikor a koponyacsontok közé zárt agyvelő tartósan nyomás alá kerül, és ez rövid idő alatt károsítja az agyvelőt. Ilyenkor a koponyaüregben a folyadék tartalom megszaporodik, vagy az agyállomány bevézérése duzzanatot okoz. A sérülés pillanatában az agyrázkódás tüneteinek jelentkeznek, majd a sérült eszméletét visszanyerve jól érzi magát. Néhány óra, vagy 1-2 nap elteltével az agnyomás tüneteinek fokozatosan alakulnak ki: erős fejfájás, hányinger, hányás, zavartság, aluszékonyság, lelassult pulzus, rendszertelen légzés, a sérülés oldalán tág pupilla, esetleg epilepsziás görcsök. A beteg szigorú ágynyugalomra és megfigyelésre szorul. Koponya CT elvégzése után, ha agysérülés, koponyaüri vérzés, vagy azt okozó koponyacsont törés van, műtétet végeznek. A beavatkozás lényege a vérömleny lebocsátása, a vérzés és a sérülés helyének ellátása. Ilyen jellegű műtéteket osztályunkon ritkán végzünk, e speciális beavatkozásra betegeinket idegsebészeti osztályra helyezzük át. A betegek gyógyulási időtartama 4-6 hét.

**Állkapocs és arckoponyacsontok törése** esetén attól függően, hogy mekkora az elmozdulás mértéke, végzünk műtétet. Ez történhet az arc bőre felőli behatásból vagy a szájüreg felől. Osztályunkon a betegeket Fül- Orr- Gégész szakorvos segítségével kezeljük. Műtét utáni kezelésnél fontos a szájüreg gyakori fertőtlenítős öblögetése és a rágási tilalom.

**2. Beavatkozás megnevezése:**

Fejsérülések kezelése

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Fejsérülések kezelése</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-26.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

**3. A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:**  
A beavatkozás/műtét előnyei: A kóros állapotok megszüntetése vagy javítása.  
A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei: A műtét elmaradása kóros idegrendszeri tünetek visszamaradását, részleges vagy teljes bénulást vonhat maga után. A rágóizület idő előtt elkophat, mozgása beszűkülhet, vagy tartós fájdalom állhat fenn.

**4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**  
 Observatio, megfigyelés.

**5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:**  
 Ideg- és érsérülések, agytályog, bénulások.

**6. A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló panaszok, melyek spontán vagy orvosi beavatkozásra megszűnnek:**  
 Műtét után csak a legritkább esetben fordul elő, hogy valakinek ne legyen kisebb-nagyobb panasza. Leggyakoribb panaszok: fájdalom, hányinger, hányás, kisebb vérzések, fáradtság, zavartság, delírium, húgyúti fertőzés, láz, székrekedés, sebszétválás, hegesedés. Ezek a panaszok általában a lábadozás idején jelentkeznek, és néhány napon belül enyhülnek vagy teljesen elmúlnak.

**7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**  
 Koponyaűri és csontműtéteket altatásban, felületes bőrsérüléseket helyi érzéstelenítésben végezzük.

**8. A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:**

**A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

.....  
Tudomásul veszem, hogy a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézirással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti beteg tájékoztatót

Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

**1. A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.**

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje  
személy

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**2. Beavatkozás visszautasítása:**

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén, együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....

.....

***Figyelmeztetés!** Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Zalaegerszeg, .....*

..... tájékoztatást adó orvos ..... beteg vagy törvényes képviselő  
neve aláírása, pecsétszáma, pecsétje vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult  
személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
.....

1. tanú (név, lakcím)

2. tanú (név, lakcím)

**3. Tájékoztatásról való lemondás:**

**Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.**

**Helyettem tájékoztassák:** .....

*Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!*

.....

.....

Zalaegerszeg, .....

..... tájékoztatást adó orvos ..... beteg vagy törvényes képviselő  
neve aláírása, pecsétszáma, pecsétje vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult  
személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
.....

1. tanú (név, lakcím)

2. tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**