1. A műtét neve: Endoszkópos melléküreg műtét

2. A műtét rövid és érthető leírása:
Altatásban végezzük a műtétet. Előkészítésként helyi érzéstelenítőszerrel-vérzéscsillapító szerrel átitatott géztamponokat helyezünk az orrba, majd Lidocain-Tonogen injekciók orrüregbe adását követően feltárjuk a középső orrjáratot. Itt a beteg rostacsontokat és a polypokat eltávolítjuk. Az arcüreg és homloküreg természetes kivezető nyílását feltágítjuk. Ha szükséges, az arcüreget az alsó orrjáraton át is feltárjuk (egy csontablakot készítünk az arcüreg falán). Az arcüregben talált elváltozásokat (cysta, polyp, genny) az alsó orrjáraton át emeljük ki. Ritkábban az iköblöt is feltárjuk. A műtét során végig merev endoszkópot használunk, hogy közvetlenül a szem ellenőrzése mellett, vagy képerősítő használata mellett tevékenykedhessünk. A műtét végén, a vérzés függvényében, az orrüreget tamponáljuk.
Helyi érzéstelenítésben végzett műtéti lépések azonosak.

3. A műtét kockázatai:
Altatás és érzéstelenítés kockázata, vérzés, szemsérülés, könnycsatorna sérülés, szemidegsérülés, agysérülés (homloklebeny sérülés), koponyaűri vérzés.
Helyi érzéstelenítésben fentieken kívül garatba vércsorgás, ájulás, vérnyomás ingadozás, kettős látás, fájdalom.

4. Előnyei:
Javul az orrlégzése, szagérzése. Orrváladékozás, fejfájás- arcfájdalom csökkenése, megszűnése.

5. Lehetséges szövődmények:
Gyulladás fokozódása a melléküregekben, szemkörnyéki vérömleny és emphysema, kötőhártya gyulladás, láz, érzészavar, agyhártyagyulladás, összenövések az orrban, szemideg bántalom, kettős látás, szemmozgás zavara, könnyelvezetés zavara, fejfájdalmak.

6. Műtéti alternatíva:
Mikroszkópos műtét azonos eljárással.
Műtét endoszkóp, vagy mikroszkóp nélkül azonos eljárással.

7. Nem műtéti alternatíva:
Tartós antibiotikus, konzervatív kezelések, ismétlődő arcüreg öblítések.

Ha bármit részletesebben szeretne tudni, bátran kérdezze meg kezelő orvosától a műtét előtti találkozáskor!

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

A tájékoztatót megértettem: .....
beteg aláírása

Amennyiben nem a beteg kapta a tájékoztatást:
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:

……

……

Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

A műtéti beavatkozást igénybe vevő beteg neve: ……..

Szül. idő: ……, TAJ szám: ……

Alulírott kijelentem és aláírásommal igazolom, hogy kezelőorvosom Dr. …… részletesen tájékoztatott betegségemről, valamint a felajánlott műtét kockázatairól, előnyeiről, a lehetséges szövődményekről, és a kezelési alternatívákról.

Előtte megismertem a túloldalon lévő **B.1.2./G.13.** számú **Tájékoztató endoszkópos orrmelléküreg műtétről** című írásos tájékoztatót, melyet **áttanulmányoztam / számomra felolvastak *(a nem kívánt részt húzza át).***

A beszélgetés során kérdéseket is tettem fel: ……

……

…… ***(ha nem volt kérdés áthúzandó).***

A szóbeli és írásos tájékoztatást megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ezeket elégségesnek találtam ahhoz, hogy szabadon dönthessek a műtét elfogadásáról vagy elutasításáról. A döntéshez elegendő idő állt rendelkezésemre. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre kiszámíthatatlan szövődmények, melyek a várható eredményt és gyógyulás időtartamát kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Felhatalmazom/nem hatalmazom fel *(a nem kívánt részt húzza át)* a műtétet végző orvost, illetve orvos csoportot, és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt, és az egészségem megóvására, illetve az életem meghosszabbítására irányul. Beleegyezem, hogy a műtét során szükségesnek tartott vérkészítményt, gyógyszert, fokozottan ellenőrzött szert, más anyagokat beadják, és a műtét során szükségessé váló kiegészítő vizsgálatokat elvégezzék.

Kijelentem, és aláírásommal megerősítem, hogy a felajánlott műtéti kezelésbe beleegyezek és kérem, hogy azt rajtam elvégezzék.

Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

……	……
Tájékoztatást végző orvos aláírása	Beteg aláírása

Amennyiben nem a beteg gyakorolja a beleegyezést:
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult személy adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

Írni, olvasni nem képes beteg esetén:
A beteg előttünk kijelentette, a számára felolvasott tájékoztatóban foglaltakat megértette és a műtétbe beleegyezését adta.

Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……	Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……
……	……
Aláírás: ……	Aláírás: ……