1. A műtét neve: Légcső és hörgőtükrözés merev eszközzel

2. A műtét leírása:
Altatásban merev eszközt vezetünk be a szájüregen, majd a gégén keresztül a légcsőbe és a hörgőkbe.
Idegentest esetében annak fogóval történő eltávolítása.
Váladék esetében annak szívóval történő eltávolítása.
Szövetszaporulatból mintavétel.

3. A műtét kockázata:
Altatás kockázata.
Garatsérülés.
Gégesérülés.
Légcső és hörgővérzés.
Légcső és hörgő átfúródás.

4. A műtét előnyei:
A beavatkozás betegség megállapítására szolgál, mely során tájékozódunk a légcső és hörgőrendszer állapotáról, esetleges gyulladásos elváltozásáról, idegentestről, vagy daganatról. Idegentest eltávolítása, váladék leszívása. Szövettani mintavétel.

5. Lehetséges szövődmények:
Nyelési fájdalom, nyelési nehezítettség.
Rekedtség.
Légzési nehezítettség.
Vérköpés.
Gátor üreg gyulladása és tályogja.

6. Műtéti alternatíva:
Légcső és hörgő tükrözés flexibilis eszközzel.

7. Nem műtéti alternatíva:
Radiológiai vizsgálatok.

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.4.** számú **Tájékoztató légcső és hörgőtükrözésről és idegentest eltávolításról** 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: ……