

Az orvos – a rendelkezésre álló egészségügyi dokumentáció alapján – az alábbiak szerint tájékoztatja a beteget egészségi állapotáról, betegségéről, illetve ennek orvosi megítéléséről, valamint az esetlegesen korábbiakban elvégzett vizsgálatok, beavatkozások eredményéről (beleértve azok esetleges sikertelenségének, illetve a várttól eltérő eredménynek az okait is):

A fenti tájékoztatást követően az orvos az alábbi beavatkozás elvégzését javasolja:

Dobhártya-bemetszés (paracentesis)

1. A beavatkozás szükségességének indokolása

A középfülgyulladás nem csupán a gyermekek egészségét veszélyezteti, hanem felnőttkorban is előfordul. Normális körülmények között a dobhártya gyöngyházfényű, fehér színű, gyulladás esetén vöröses lesz. Gyakran lázzal, köhögéssel, hányingerrel és hányással, hasmenéssel párosul. Gomba, orrmandula-túltengés, felső légúti hurutos betegség, allergia, valamint reflux válthatja ki. A középfülgyulladás lehet heveny és idült. Minden apró jelre érdemes odafigyelni, mert már egy hirtelen kialakuló fülzúgás vagy a fülben kialakuló feszítő érzés, fájdalom is utalhat középfülgyulladásra. A középfülgyulladás számos esetben sikerrel gyógyítható. A dobhártya felszúrása mellett antibiotikum adása is szükséges lehet.

2. A beavatkozás leírása

A dobhártya felszúrását (paracentézis) megelőzi a helyi érzéstelenítés, mely 2%-os Pantocainos vattával történik a külső hallójáratban. Magát a felszúrást a külső hallójáraton keresztül egy éles, lándzsaszerű műszerrel végzik, úgy, hogy ne roncsolódjon a dobhártya szövete és a hallócsont láncolat. A kis résen keresztül leszívják a gyulladással járó váladékot, ennek elfolyása után összezáródik az éles szélű rés, és nyomtalanul gyógyul a dobhártya. A dobhártya felszúrása mellett antibiotikum alkalmazása is szóba jöhet.

3. A beavatkozás elmaradásának hátrányai, kockázatai

A krónikus középfülgyulladás maradandó nagyothallást, sőt akár siketséget is okozhat. E mellett, a betegség szövődményeként, kialakulhat középfül-gyulladás, agyhártyagyulladás, ideggyulladás, szédülés, agytályog, csecsnýványsejtek gyulladása, agyi erekben vérrög képződés (thrombosis) is.

4. A javasolt beavatkozástól várható eredmény

A gyulladással járó váladék leszívásával a gyulladás, a feszítő érzés és a fájdalom fokozatosan elmúlik.

5. A beavatkozás általánosan ismert, jelentős szövődményei, mellékhatásai

Fájdalom, kis százalékban előfordulhat vérzés, illetve a hallócsont vagy a hallójárat sérülése. Előfordul, hogy a nyílás hegesedéssel jár, nehezen gyógyuló sebést okozhat a dobhártyán.

6. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek és azok kockázatai

Antibiotikum adása, nyálkahártya lohasztó orrcsepp használata.

7. A javasolt beavatkozás előnyei, hátrányai az alternatív eljárásokhoz viszonyítva

Elősegíti a gyorsabb gyógyulást.

8. További ellátások, illetve a beavatkozást követő javasolt életmód

Fokozottan figyelni kell arra, hogy a nyílás hegesedéssel járó, nehezen gyógyuló sebést okozhat a dobhártyán. A beavatkozás után a gyulladt fület kívülről nem érheti víz sem, ezért a mosdás, fürdés, hajmosás is különös gondosságot kíván betegről és ápoló szülőktől egyaránt. Az úszást és vízi sportokat ugyancsak mellőzni kell. Gyulladáscsökkentő adása, valamint az ornyálkahártya lohasztó orrcsepp alkalmazása javasolt.

9. A beteg által adott tájékoztatás

Kérjük, aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre:

- | | |
|--|----------|
| a) Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről?
Ha igen, mely gyógyszerre?..... | Nem-Igen |
| ⊕ Tud-e vérzékenységéről? | Nem-Igen |
| ⊕ Van-e epilepsziája? | Nem-Igen |
| ⊕ Fennáll-e Önnél terhesség? | Nem-Igen |
| ⊕ Van-e zöldhályoga? | Nem-Igen |
| ⊕ Van-e beültetett szívritmus szabályozója? | Nem-Igen |
| ⊕ Van-e egyéb említésre méltó betegsége?
Ha igen, mi az?..... | Nem-Igen |
| ⊕ Szed-e véralvadásgátló gyógyszert?
Ha igen, mi az?..... | Nem-Igen |

10. A beteg által feltett kérdések	Válaszok, illetve az orvos által közölni kívánt egyéb információk

A jelen dokumentumban foglalt, valamint a döntési jogával kapcsolatos, külön dokumentumban foglalt tájékoztatás megértése és tudomásul vétele után a beteg a következőképpen nyilatkozik a javasolt beavatkozás elvégzésével kapcsolatban:

Alulírott (név) _____, beteg / törvényes képviselő

jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a javasolt beavatkozással kapcsolatos döntési jogommal, a fennálló betegséggel, annak kezelésével, illetve a javasolt beavatkozással, annak kockázataival, szövődményeivel, elmaradásának következményeivel, valamint a szóba jöhető alternatív kezelésekkal kapcsolatban orvosaimtól teljes körű – írásbeli és egyéniesített szóbeli - tájékoztatást kaptam, melynek során lehetőségem volt kezelőorvosomnak kérdéseket feltenni és vele személyesen konzultálni. A részemre nyújtott tájékoztatást elegendőnek és teljes körűnek találtam. Elismerem, hogy tájékoztatást kaptam a beavatkozás során közreműködő személyek nevééről, szakképesítéséről és beosztásáról, valamint a javasolt beavatkozás tervezett időpontjáról is. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás után a vártnál rosszabb eredmény, akár negatív következmény is előállhat, illetve, hogy a szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tudomásul veszem továbbá, hogy a javasolt beavatkozás visszautasításának következményeiért kizárólag én vagyok a felelős, azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A részemre nyújtott írásbeli és egyéni szóbeli tájékoztatás alapján, bármiféle megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen, jogaim megismerését követően, saját elhatározásomból úgy döntöttem, hogy a jelen tájékoztatásban megnevezett, javasolt beavatkozás elvégzésébe, illetve annak orvosilag indokolt, előre nem látható kiterjesztésébe

beleegyezem

nem egyezem bele, azt visszautasítom

Kijelentem, hogy orvosaim elől semmilyen, a gyógykezelésem szempontjából lényeges körülményt nem hallgattam el, őt az általam ismert betegségeimről és allergiáimról, az általam szedett gyógyszerekről és gyógyszerérzékenységeimről a valóságnak megfelelően, teljes mértékben tájékoztattam.

Beteg / törvényes képviselő aláírása

Orvos aláírása

Szigetvár, 20..... évhónapnap.....óra.....perc.