



## PERCUTAN TRACHEOSTOMIA, “LÉGCSŐMETSZÉS”

### MŰTÉT/BEAVATKOZÁS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA ÉS A BETEG NYILATKOZATA

Név:	TAJ:
Születési dátum	Betegség:
Lakcím:	

Tájékoztatást adó orvos neve: .....

#### Tisztelt Páciens

#### Tisztelt Hozzáértő/ Törvényes képviselő!

A beavatkozáshoz, amelyet tervezünk, az Ön/hozzátartozója beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

#### 1. A TERVEZETT BEAVATKOZÁS

**Indikáció (javallat):** Az eljárás indikációját olyan kórállapotok képezik, melyek során elhúzódó gépi lélegeztetés várható, illetve a gépi lélegeztetésről való leszoktatás (előreláthatólag) bonyolult elhúzódó folyamat.

**Rövid leírás:** Az eljárás során altatásban, gépi lélegeztetés mellett, helyi érzéstelenítés alkalmazásával a légcső nyaki szakasza felett ejtett, kb. 2-3cm-es bőr metszést ejtünk, majd a metszésen keresztül a légcsőbe egy vastag tű, azon keresztül pedig egy vezetődrót kerül bevezetésre. A vezetődrót és egy speciális eszköz segítségével feltágításra kerül az érintett szakasz és a légcsőbe a légcső porcai között egy speciálisan kialakított ún. tracheosztómás tubust helyezünk be. A tubus pozíciójának ellenőrzését követően az azonnal használatba vehető.

**A tervezett beavatkozás és gyógy mód célja:** A beavatkozás célja tartós légút biztosítás, a félrenyelés megakadályozása, a hangszálak és a gége (larynx) kímélése, a gépi lélegeztetésről való leszoktatás elősegítése, a beteg komfort érzetének fokozása.

Az eljárás lehetővé teszi a szájon történő táplálkozást, illetve optimális szájhigiéniát, mely tovább szolgálja a beteg felépülését és kényelmét.

**Szövődmények:** az eljárás alapvetően rendkívül biztonságos, az életszerű gyakorisággal felmerülő (1-5%) szövődmények között szerepelnek a: kozmetikai eltérések, fertőzés, kisebb esetleg műtéti feltárást indokló vérzés, **rendkívül ritkán (<1%)** előfordulhat légmell, nyelőcsősérülés, nyelészavar, **extrém esetben** előfordulhat súlyos életet veszélyeztető transzfúziót/érsebészeti beavatkozást igénylő vérzés, allergia, szívmegállás, halál is. Az eljárás késői szövődményeként <2% gyakorisággal előfordulhat súlyos légcsőszűkület is, mely kisebb az alternatívaként alkalmazott intubációs tubus által okozott hasonló szövődmény rátájánál

**Alternatívák ismertetése:** Az eljárás alternatívája a jelenlegi tubuson keresztüli lélegeztetés

#### 2. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:

A tervezett beavatkozás és gyógy mód alkalmazásából származó előnyök elmaradása

#### 3. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

Az eljárás rutin eljárás rendkívül magas (>99%-os) sikerességi ráta mellett végezhető

**4. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartalma:**

Az eljárásból való várható felépülés (sebgyógyulás időszaka maximum 2 hét, de jellemzően nem haladja meg az intenzív osztályos ápolás időtartamát.

**5. A beteg/hozzátartozó által feltett egyéb kérdések és azokra adott válaszok:**

.....  
.....

**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást/felvilágosítást kaptam: egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt.

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A beavatkozás olyan, orvosi indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosi indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével, és az esetlegesen szükségessé váló vérátömlesztéssel.

**A tájékoztatást/felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.**

A tájékoztatás/felvilágosítás dátuma: .....

A beavatkozás tervezett dátuma: .....

-----  
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

-----  
A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

**ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT**

A kezelőorvos részletes tájékoztatása/felvilágosítása — mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését elutasítom.

-----  
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

-----  
A kezelőorvos aláírása, pecsétje

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc