

| Betegtájékoztató és beleegyező lap | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------------|
| Dokumentum címe: | Sleependoscopia vizsgálat | | |
| Változat: 01 | Hatályos: 2017.05.29. | 1.oldal a(z) 2 oldalból | Módosítás 0 |
| Dokumentum száma: Bny./F.O.G/37. | Hatályba helyezte: Dr. Czurkó Géza osztályvezető főorvos | | |

Beteg neve: TAJ szám:

Tisztelt Betegünk / Kedves szülők!

A Siófoki Kórház Fül-Orr-Gége Osztály gyógyító csoportja a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy – mindent mérlegelve – döntsön, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

Alapvető anatómiai és élettani tudnivalók:

Apnoe link alvászvizsgáló készülékkel végzett vizsgálat során , kóros eltérést találunk. A légúti szűkület pontos meghatározása történik az alvásendoscopos vizsgálat során.

A beavatkozás indikációi (a beavatkozás elvégzését indokoló tényezők)

Kóros értékek alvászvizsgálat során, a horkolás okának pontos anatomia tisztázása, esetleges későbbi műtéti indikáció felállítása.

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):.....

A beavatkozás tervezett időpontja:.....

Egyéb kezelési lehetőségek

Egyéb eljárás jelenleg nem ismert.

A beavatkozás veszélyei

Narkózis általános szövődményei, minimális vérzésveszély.

Lehetséges mellékhatásai, veszélyei, szövődményei:

Komoly mellékhatások nem lépnek fel.

Beavatkozás utáni időszak fontosabb teendői (amire figyelni kell)

Orrdugulás előfordulhat, ébredés után szövődmény nem lép fel.

A beavatkozás elmaradásának várható következményei

Kóros légzésekimaradások alvás alatt. Kialvatlanság és annak szövődményei.

| Betegtájékoztató és beleegyező lap | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------------|
| Dokumentum címe: | Sleependoscopia vizsgálat | | |
| Változat: 01 | Hatályos: 2017.05.29. | 2.oldal a(z) 2 oldalból | Módosítás 0 |
| Dokumentum száma: Bny./F.O.G/37. | Hatályba helyezte: Dr. Czurkó Géza osztályvezető főorvos | | |

Beleegyezési nyilatkozat

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, az általam feltett kérdésekre megnyugtató, kielégítő válaszokat kaptam, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....
felvilágosítást végző személy
aláírása

.....
beteg / törvényes képviselő
aláírása

Siófok,..... év.....hó.....nap.....óra.....perc.

Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....
felvilágosítást végző személy
aláírása

.....
beteg / törvényes képviselő
aláírása

Siófok,.... év.....hó.....nap.....óra.....perc

1.Tanú:.....
aláírás

2.Tanú:.....
aláírás

Siófok,évhónapóraperc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!