

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6601 Szentés, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60
főigazgató: Dr. Kalmár Mihály
Telefon, fax:
(63) 313-972 (Titkárság)
(63)313-244 (Központ)
E-mail: igazgatas@szentesi-korhaz.hu



140



Beleegyező nyilatkozat arcüreg öblítés elvégzésébe

Tanúsítom, hogy kezelőorvosom..... a betegségem természetéről felvilágosított, s tudomásul veszem, hogy gyógyulásom érdekében szükséges az arcüreg öblítés elvégzése.

Betegségem magyarul: arcüreggyulladás

Betegségem latinul: sinusitis maxillaris

A beavatkozás lényege:

Helyi érzéstelenítés után, mely az orrüregbe helyezett érzéstelenítő oldattal átitatott vattastróffel történik, tűt vezetnek az orrüregbe, majd a tűre nyomást gyakorolva átszűrják az arcüreg csontos falát, s ezáltal az arcüregbe juttatják a tűt. Ezután öblítő oldattal átöblítik az arcüreget, s így eltávolításra kerül az arcüreget kitöltő gennyes váladék. Az átöblítés után az arcüregbe gyógyszert juttatnak.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

Duzzanat kialakulása az arcon, szemsérülés.

A fenti tájékoztatás alapján.....szül:.....
TAJ szám.....kijelentem, hogy kezelőorvosom.....
megfelelően ismertette velem az arcüregöblítés szükségességét és a beavatkozás lényegét. Lehetőségem volt kérdezni és kérdéseimre kielégítő, számomra érthető válaszokat kaptam. ennek alapján beleegyezem, hogy rajtam
vagy.....nevű hozzátartozómon a nevezett beavatkozást elvégezzék. Hozzájárulok ahhoz, hogy amennyiben a beavatkozás során nem várt szövődmények lépnek fel, ezek elhárítására a szükségessé váló kezeléseket elvégezzék.

.....

.....

Kezelőorvos

Beteg vagy törvényes képviselője

Szentés,.....

CSONGRÁD MEGYEI DR. BUGYI ISTVÁN KÓRHÁZ
6600 Szentés, Sima F. u. 44-58.
I.Fül-orr-gégészeti szakrendelés
Tel.: 63/313-244/108
ÁNTSZ kód: 060120601



Csongrád Megyei
Dr. Bugyi István Kórház
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály
6600 Szentes, Sima Ferenc u. 44-58
T.: +36 63 313244 /200,202 mellék
Fax.: +36 63 313244 /203 mellék

Tisztelt Hölgység / Uram!

Az Ön (közeli hozzátartozója) választott időpontban történő műtétéhez, kezeléséhez az érzéstelenítés valamely formájára van szükség. Annak érdekében, hogy minél nagyobb biztonságban legyen a műtét alatt, meg kell ismernünk jelenlegi egészségi állapotát és múltbéli jelentősebb betegségeit. Ezért kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbi kérdéseket és azokra pontos válaszokat adjon. Egészségi állapotának felmérésére az Aneszteziológiai Ambulancián kerül majd sor, melynek fontos részét képezik a jelen kérdőívre adott válasza. Az Ambulanciára előjegyzési időpontot kell kérni a 63/313-244, 203-as telefonszámon.

Név:.....	TAJ: - -	Szül.:	Testsúly: kg
			Testmagasság: cm
<u>Körelőzmény:</u>			
Az Ön családjában előfordult-e örökletes izom betegség, volt-e altatással összefüggő haláleset?			igen nem
Ismeretes-e valamilyen allergiája(étel, pollen, jód, sebtapasz), gyógyszer érzékenysége?			igen nem
Ha igen, mire érzékeny?			
Van-e szívbetegsége?			igen nem
Volt-e szívinfarktus korábban?			igen nem
Előfordult-e Önnél szívritmus-zavar?			igen nem
Szívbillentyű műtete volt-e, ha igen milyen műtét?			
Szívkoszorúér betegségről van-e tudomása? Történt-e beavatkozás pl. tágitás, stent ?			igen nem
Magas vérnyomásról van-e tudomása?			igen nem
Hány éve ismert magas vérnyomása?	1-5	5-10	10-20
			több, mint húsz éve
Tüdőt érintő betegsége van-e?			igen nem
Asthmás rohama volt-e? Használ-e inhalációs szereket?			igen nem
Gyakori köhögés, rendszeres köpetürítés van-e?			igen nem
Ismétlődő tüdőgyulladás, tüdőtágulat, tüdő embolia előfordult-e?			igen nem
Központi idegrendszeri betegsége(bénulás, TIA, epilepszia, Parkinson-kór) van-e?			igen nem
Szürkehályog, zöldhályog(galucoma), rövidlátás, retinakárosodás, vakság?			igen nem
Vérékenység, véralvadás-gátló szedés(Syncumar, Marfarin, Xarelto, Aspirin?)			igen nem
Öröklött thrombosis hajlam, korábbi thrombosis, fogamzásgátló szedés?			igen nem
Alsó végtagi, vagy egyéb helyen ismert súlyos viszértágulat?			igen nem
Dohányzás? Amennyiben igen hány éve, átlagban hány szál?éve,szál/nap			
Rendszeres alkohol fogyasztás? Ha igen átlagban mennyi?			
Kábítószer, drog használat?			igen nem
Korábban vérátömlesztést kapott-e?			igen nem
Májbetegség(májnagyobbodás, májzsugor, sárgaság, hasvíz)?			igen nem
Van-e olyan betegsége melyről nem volt szó és Ön szerint fontos lehet?			igen nem

Kérem írja le az Ön által rendszeresen szedett gyógyszereket.

Milyen nagyobb műtéteken esett már át?

Az általam adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Szentes, 2014.

aláírás



Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6600 Szentés, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60
Főigazgató: Dr. Kalmár Mihály
Telefon, fax: (63) 313-244 (Központ) (63) 313-972 (Fax)
e-mail: igazgatas@szentesi-korhaz.hu



Management
System
ISO 9001:2015
www.tuv.com
ID 9105064289



Műtési beleegyező nyilatkozat

Szájsebészeti beavatkozáshoz:.....

TAJ:.....

Alulírott **tanúsítom**, hogy engem kezelő orvosom a beavatkozás előtt kellő mértékben felvilágosított a műtét, beavatkozás menetéről és az azzal kapcsolatban fellépő esetleges szövődményekről.

Ha csontritkulással kezelték vagy bármilyen daganatos betegsége van vagy volt, azt kérjük még a műtét előtt jelezze.

Egyúttal hozzájárulok, hogy oktatói célból a műtétről, beavatkozásról felvétel készüljön. A műtét esetleges szövődményeiről felvilágosítottak. Ezek lehetnek:

- *Gyulladás, közvetlen a műtét után, illetve később.*
- *Elhúzódó vérzés.*
- *Tartósan fennmaradó zsibbadásérzés.*
- *Arcüreg megnyílás, esetleg a fog, fogdarab arcüregbe való kerülése.*
- *Szomszédos fog sérülése.*
- *Ideg sérülés.*
- *Érsérülés.*
- *Környező lágyrészek összenövése, hegesedése.*

.....
.....

Mindezek alapján a saját egészségem érdekében a tervezett műtétbe és az esetleges gyógyszeres kezelésbe beleegyezem.

Szentés,.....

.....

Orvos aláírás, bélyegző

.....
Beteg, vagy törvényes képviselője

Beavatkozás utáni tájékoztató

Műtési területet védő tampon a beavatkozás után 30-40 perccel lehet eltávolítani.

A műtési területet, sebet szívogatni, öblögetni semmiel sem szabad 3-4 napig !

Élő flórás tejtermékeket és alkoholos italokat ne fogyasszon 3-4 napig !

(ha egyébként dohányzik) Ne dohányozzon 3-4 napig !

Beavatkozás után kb. 2 órán keresztül még hat az érzéstelenítő, így enni –
- inni óvatosan (a féltrevelés veszélye miatt) !

Ha felduzzad a műtési terület, arra jeges borogatást érdemes helyezni puha szövet / anyagba burkolva (a bőrfelszínre helyezni a fagyott dolgot tilos) !

Fájdalomcsillapítók alkalmazása esetén szigorúan betartani az adott gyógyszerhez tartozó utasításokat!

A fentiek a beavatkozás után orvosom elmondta, és azokat tudomásul vettem:

.....

Beteg, vagy törvényes képviselője



Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6600 Sentes, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60
Főigazgató: Dr. Kalmár Mihály
Telefon, fax: (63) 313-244 (Központ) (63) 313-972 (Fax)
e-mail: igazgatas@szentesi-korhaz.hu

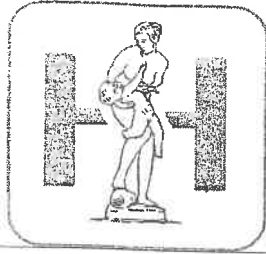


Beavatkozás előtti kérdések:

- Szedd e bármilyen **gyógyszert**, amit folyamatosan kell szednie (ha igen, miket)? Igen Nem
- Van-e **allergiája** (főleg vegyszer, gyógyszer) (ha igen, mire)? Igen Nem
- Kezelték-e valaha **csontritkulással**? Igen Nem
- Volt-e valaha **daganatos megbetegedése** (milyen kezeléseket kapott erre)? Igen Nem
- Volt-e valaha **komolyabb, maradandó fertőző betegsége** (nem a múltó gyerekkori fertőző betegségek)? Igen Nem
- **Dohányzás**, vagy egyéb káros szenvedélye van-e? Igen Nem
- **Állapotos-e?** Igen Nem

.....

Beteg, vagy törvényes képviselője



Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6601 Szentés, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60
főigazgató: Dr. Kalmár Mihály
Telefon, fax:
(63) 313-972 (Titkárság)
(63)313-244 (Központ)
E-mail: igazgatas@sentesi-korhaz.hu



140
ÉV
1974-2014



Beleegyező nyilatkozat dobhártya bemetszés elvégzésére

Tanúsítom, hogy kezelőorvosom a betegségem természetéről felvilágosított, s tudomásul veszem, hogy gyógyulásom érdekében szükséges a dobhártya bemetszés elvégzése.

Betegségem magyarul: gennyes vagy savós váladékozással járó középfülgyulladás.

Betegségem latinul: Otitis media acuta purulenta, Otitis media serosa

A beavatkozás lényege:

A beavatkozás helyi érzéstelenítésben vagy altatásban történik. A helyi érzéstelenítést a hallójáratba helyezett érzéstelenítő oldattal átítatott vattával végzik. Speciális eszközzel (paracentáló lándzsával) bemetszik a dobhártyát, majd a nyíláson át a középfülben található váladékot leszívja.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

Arcidegbénulás, hányás, szédülés, nagyothallás.

A fenti tájékoztatás alapján
szül: TAJ szám: kijelentem,
hogy kezelőorvosom megfelelően ismertette
velem dobhártyabemetszés szükségességét és a beavatkozás lényegét. Lehetőségem
volt kérdezni és kérdéseimre kielégítő, számomra érthető válaszokat kaptam. Ennek
alapján beleegyezem, hogy rajtam vagy nevű
hozzátartozómon a nevezett beavatkozást elvégezzék. Hozzájárulok ahhoz, hogy
amennyiben a dobhártyabemetszés során nem várt szövődmények lépnek fel, ezek
elhárítására a szükségessé váló beavatkozásokat elvégezzék.

.....
Kezelőorvos

Szentés,

.....
Beteg vagy törvényes képviselője

CSONGRÁD MEGYEI DR. BUGYI ISTVÁN KÓRHÁZ
6600 Szentés, Sima F. u. 44-58.
I.FÜL-ORR-GÉGÉSZET SZAKRENDEIÉS
Tel.: 63/313-244/108
ÁNTSZ kód: 060120601

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház

6600 Szentés, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60

Pszichiátriai Szakrendelés

Telefon: (63) 313-244/ 213-as mellék

Beleegyező nyilatkozat injekció beadásához

A beteg neve:

születési ideje:

anyja neve:

TAJ száma:

lakcíme:

A beteg az injekciós therápiába beleegyezik.

Az injekció beadásához hozzájárulok:

beteg aláírása

Szentés,

orvos aláírása

NYILATKOZAT GYÓGYSZERFELÍRÁSRÓL

ALULÍROTT KIJELENTEM, HOGY JELEN BETEGSÉGEIMMEL ÖSSZEFÜGGÉSBEN 30 NAPON BELÜL MÁS ORVOS A MAI NAPON FELÍRT GYÓGYSZEREIMET NEM ÍRTA KI.

ALULÍROTT KIJELENTEM, HOGY A KEZELŐORVOS TÁJÉKOZTATOTT AZ AZONOS HATÓANYAG TARTALMÚ ÉS GYÓGYSZERFORMÁJÚ KÉSZÍTMÉNYEK TÉRÍTÉSI DÍJAI KÖZÖTTI KÜLÖNBSÉGEKRŐL ÉS A KÜLÖN JOGSZABÁLY SZERINTI HELYETTESÍTHETŐSÉGEIRŐL, A LEGOLCSÓBB KÉSZÍTMÉNYRŐL.

A TÁJÉKOZTATÁST MEGÉRTETTEM ÉS KIJELENTEM, HOGY A BEÁLLÍTOTT, EDDIG SZEDETT GYÓGYSZEREIMHEZ RAGASZKODOM.

AZ ALKALMAZOTT THERÁPIA BEÁLLÍTÁSÁT VÁLLALOM.

NYILATKOZAT AMBULÁNS LAP ÁTVÉTELÉRŐL.