

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ

# EPISTAXIS - ORRVÉRZÉS

Beavatkozás tervezett időpontja: 20..... év.....hó.....nap

### **Kedves Betegünk! Kedves Szülők!**

A javasolt műtéthez szükséges az ön beleegyezése, hogy megfelelőképpen határozhasson, ebben az írásos tájékoztatóban, valamint későbbi felvilágosító beszélgetésben szeretnénk informálni

- a betegségről,
- az ajánlott kezelés módjáról, jelentőségéről, esetleges kockázatairól és hátrányos következményeiről.

### **Alapvető megfontolások:**

#### **Bevezetés**

Az egyik leggyakoribb fül-orr-gégészeti sürgősségi eset az orrvérzés. Legtöbb esetben avérzés nem okoz rövid időn belül jelentős vérvesztéséget még a laikusok számára nagy mértékűnek tűnő esetekben sem.

Megkülönböztetünk **elülső** (egyenes fejtartás mellett az orrbemeneten keresztül távozó, vénás eredetű vérzés, anterior rhinoscopia során legtöbbször lokalizálható az eredete), **hátsó orrvérzést** (egyenes fejtartás mellett a nasopharynx felé irányuló, általában artériás eredetű vérzés, ami a száj és mesopharynx átvizsgálatakor legtöbbször az uvuláról csöpögve jelentkezik), valamint a **choanák területéről származó vérzést** (a nasopharynx felé vérzik, a hátsó, vagy oldalsó garatfalon látható vércsorgás).

## **Kiváltó tényezők**

- az esetek jelentős többsége úgynevezett idiopathias eredetű.
- szerepet játszhat trauma,
- hypertonia (bár ennek jelentősége kevésbé az orrvérzés incidenciájában, mint inkább az ismételten jelentkező, kezelésre nem reagáló orrvérzések esetében merül fel),
- orr-, orrgaratműtét utáni állapot.
- tumoros betegségek
- felső léguti gyulladásos állapotok
- egyéb (pl. Morbus Osler)

## **Beavatkozások:**

1. elülső orrvérzés esetén megkísérelhető az elektrocoaguláció
2. /gyermekeknél intubációs narcosisban/.
3. orrüregi felszívódó vérzéscsillapító tampon
4. orrüregi réteges (gaze) tampon
5. hátsó artériás vérzés esetén orrgarati tampon, vagy katéter. /ezen ellátás osztályos felvételt igényel és antibioticumos védelmet fertőzés veszélye miatt./

A tampon eltávolítása 3-5 napon belül történik, ez a vérzés erősségétől függ.

## **Kockázati tényezők:**

Az életkor, gyermekkorban és időskorban megnő az előfordulási gyakoriság. Incidenciát növelő tényezők a felső légúti, ornyálkahártyát érintő fertőzések, őszi, téli időszak, valamint alvadásgátló szedése.

## **Panaszok, tünetek:**

Az esetek döntő többségében nem okoz gondot diagnosztizálása: orrjáratokból származó vérzés, garat felé jelentkező, az orrgarati területről származó vércsorgás. A vérzés általában egyoldali, legtöbbször egyértelműen meghatározható az oldaliság.

## **További felmerülő kérdések:**

A műtėti felvilágosítás során minden Önt érintő kérdést, amire addig nem kapott választ tegyen fel orvosának! Pl.:

Mennyire szükséges és sürgős a műtét?

Fennáll-e valamilyen személy szerint Önt érintő szövődmény veszélye?

Milyen előzetes vizsgálatok szükségesek még a műtétéhez? Ezek milyen szövődményekkel járhatnak?

Meddig tart előreláthatólag az intézeti kezelés?

**A tájékoztatást követően a beteg által feltett kérdések:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Orvosi feljegyzések a felvilágosítás során:**

(Pl.: egyéni kockázatok és lehetséges további szövődmények, esetleges kiegészítő beavatkozások és azok kockázatai, mellékhatása, a beleegyezés korlátozása és ebből adódó esetleges hátrányok)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Felvilágosítást és beavatkozást végző orvos neve:**

.....

orvos aláírása

Ph

Név: .....

Születési idő: ..... év ..... hó ..... nap

Anyja neve: .....

Lakcím: .....

TAJ-szám: ..... - ..... - .....

### BETEGNYILATKOZAT - beleegyező

Eolvastam a klinikai vizsgálatokról és a műtéteimről szóló leírást. A kezelőorvos számomra érthető módon szóban el is magyarázta azt, illetve a feltett kérdéseimre kielégítő választ adott. Megértettem, hogy részvételem önkéntes. Elég információt kaptam a vizsgálat és a műtétek céljáról, módszeréről, kockázatáról és előnyeiről ahhoz, hogy meg tudjam ítélni a megajánlott vizsgálatot, műtétet. Megértettem, hogy részvételemet a kezelésben bármikor visszautasíthatom. Tudomásomra hozták azt is, hogy ez további orvosi ellátásomat nem fogja hátrányosan befolyásolni, de azt is vállalom, hogy az ebből származó kóros állapotromlásért mindenben én felelek.

Aláírással igazolom, hogy beleegyezem a vizsgálatba, műtétbe való részvételbe és hogy aláírtam a beleegyező nyilatkozat egy példányát.

Orvosaim elől semmiféle tartós orvosi-, ideggyógyászati-, pszichiátriai betegségeimet, kezeléseimet nem hallgattam el. Nyilatkozatomat tiszta tudattal, befolyásmentesen, szabad akaratomból tettem, saját érdekem és egészségem megőrzése érdekében.

Orosháza, 20.....év .....hó ..... nap

.....

beteg aláírása

Tanúk:

1.

.....

aláírás

2.

.....

aláírás

.....

lakcím

.....

lakcím

Név: .....

Születési idő: ..... év ..... hó ..... nap

Anyja neve: .....

Lakcím: .....

TAJ-szám: ..... - ..... - .....

### BETEGNYILATKOZAT – elutasító

Alulírott ..... kijelentem és aláírással igazolom, hogy a javasolt, illetve szükséges KÓRHÁZI FEVÉTELBE, VIZSGÁLATBA, MŰTÉTBE a kellő orvosi felvilágosítás ellenére NEM EGYEZEM BELE, saját felelősségemre a mai napon otthonomba távozom.

Eloolvastam a klinikai vizsgálatokról és a műtéteimről szóló leírást, a betegségemre vonatkozó vizsgálatok eredményét. Elég információt kaptam a kórházi felvétel, vizsgálat, a műtétek céljáról, módszeréről, kockázatáról és előnyeiről ahhoz, hogy meg tudjam ítélni a visszautasítás következményeit. Betegségem természetével és a visszautasításból származó szövődményekkel, az egészségi állapotom károsodásával tisztában vagyok. Módomban állt a fent említettekkel kapcsolatban további kérdéseket feltenni. Ezzel a lehetőséggel éltem, kérdéseimre részletes, kielégítő választ kaptam, azt megértettem, tudomásul vettem. További kérdést nem tettem fel. A visszautasításból származó állapotromlását mindenben én felelek.

Nyilatkozatomat tiszta tudattal, befolyásmentesen, szabad akaratomból tettem.

Orosháza, 20.....év .....hó ..... nap

.....

beteg aláírása

Tanúk:

1.

.....

aláírás

2.

.....

aláírás

.....

lakcím

.....

lakcím