

**Betegtájékoztató és beleegyező lap**

<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Arccsont törésének helyreállítása (repositio fract., oss. maxillae)</b>		
<b>Változat: 04</b>	<b>Hatályos: 2015.08.04.</b>	<b>1. oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás: 3</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./FOG./16</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Czurkó Géza osztályvezető főorvos</b>		

Beteg neve: ..... TAJ száma: .....

**Tisztelt Betegünk/ Kedves Szülők!**

Tájékoztatjuk, hogy Önnek/gyermekének mielőbbi gyógyulása érdekében arccsont törésének helyreállítása válik szükségessé. A Siófoki Kórház Fül-Orr-Gége Osztály gyógyító csoportja a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy – mindent mérlegelve – döntsön, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz. Az osztály rendjére vonatkozóan a Házirendben foglaltak a mérvadóak.

**A beavatkozás jellege:**

Terápiás jellegű műtéti beavatkozás, mely altatásban történik.

**A beavatkozás célja:**

A törött arccsont elmozdulásának korrigálása, megfelelő helyzetbe hozása és ott történő rögzítése.

- jobb oldal
- bal oldal

**Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):** .....**A beavatkozás tervezett időpontja:** .....**Beavatkozás előtti történések:**

Teljes körű kivizsgálás, osztályos felvétel. Műtét előtt altató orvos is megvizsgálja a beteget. Műtéti napon éjjeltől a műtetre készülnek **TILOS** ennie és innia! Műtét előtt kb. fél órával megkapja az előkészítő, előaltató injekciót, még a kórteremben. Innentől kezdve **TILOS és VESZÉLYES** felkelni.

**Beavatkozás módja:**

Altatásban a törött oldalon a szájüregben a felső szájnyálkahártya, fogíny áthajlásban metszést ejtünk, az arcüreg csont elülső falát szabaddá tesszük, a szilánkosan tört csontokat eltávolítjuk, arcüreget kitisztítjuk, a megfelelő műszerrel az arccsontot a helyére állítjuk. A szem alatti érző ideget felszabadítjuk, majd orron át az arcüregbe vezetett felfújt ballon katéterrel a törött csontokat rögzítjük, zárjuk a szájsebet.

**Szövődmények:**

Általános altatási szövődmények: erről az altatóorvos tájékoztatja Önt.

A műtét lehetséges szövődményei:

- gyógyszerallergia, érzéstelenítő-, altatószere
- fog sérülés, fog kitörés – elvesztés, ajakszél becsípődés
- az előkészítő injekció szövődményei (tályog, ér- és idegsérülés, fájdalmak, hegek)
- utóvérzés (leggyakrabban az első 24 órában fordul elő): ritkán fordul elő. Extrém esetben reoperatióra kerülhet sor.
- a szem alatti érzőideg tartós sérülése esetén a felső ajak zsibbad, érzéketlen
- a szem üreg alsó csontja eltörik, műtét során szemüregbe kerülhetünk, a szemüreg tartalma az arcüregbe eshet. Látási zavarok, gyulladásszerű szövődmények, szem mozgató izom bénulás léphetnek fel.

**Beavatkozás utáni történések, várható következmények:**

Műtét után fájdalomcsillapítás, a műtéti terület jelzése szükséges. Az orrából kilógó katétert kihúzni nem szabad. Az operált oldalon óvatosan rágjon. Ételmaradékot gondosan távolítsa el szájából. Nagyon óvatos fogmosás javasolt. Műtét utáni 4-6 napon katéter eltávolítás.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Arccsont törésének helyreállítása (repositio fract., oss. maxillae)		
Változat: 04	Hatályos: 2015.08.04.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás: 3
Dokumentum száma: Bny./FOG./16	Hatályba helyezte: Dr. Czurkó Géza osztályvezető főorvos		

### Mi a teendő beavatkozás után?

5-8 napos kórházi megfigyelés szükséges, az első két órában szoros nővéri – orvosi felügyelettel. Szakorvosi kontroll vizsgálat javasolt.

### Milyen alternatív megoldás lehetséges?

Borogatás. A műtétet nem végezzük el.

### A műtét elmaradásának következményei:

A duzzanatok leapadása után arc asszimetria maradhat. Állandó szájszibbadás maradhat fenn. Szájzárási, rágási nehézségek maradhatnak.

### 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.

.....  
tájékoztatót adó orvos neve

.....  
beteg/törvényes képviselő aláírása

(Írástudatlan személynél két tanú jelenlétével kell feljegyezni a beleegyezést.)

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.

.....  
tájékoztatót adó orvos neve

.....  
beteg/törvényes képviselő aláírása

1. Tanú: .....  
aláírás

2. Tanú: .....  
aláírás

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

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!