

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Dobhártya bemetszése („fül felszúrás”, paracentesis)		
Változat: 04	Hatályos: 2015.08.04.	1.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás: 3
Dokumentum száma: Bny./FOG./09	Hatályba helyezte: Dr. Czurkó Géza osztályvezető főorvos		

Beteg neve: ..... TAJ száma: .....

### Tisztelt Betegünk / Kedves Szülők!

Tájékoztatjuk, hogy Önnek/gyermekének mielőbbi gyógyulása érdekében dobhártya bemetszés (paracentesis) elvégzése 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.

#### A beavatkozás jellege:

Terápiás jellegű beavatkozás.

#### A beavatkozás célja:

Gennyes vagy savós középfülgyulladás kapcsán, a dobüregben képződött váladék ürülésének elősegítése, a célből, hogy a feszítő fájdalom megszűnjön, illetve az esetleges szövődményeket megelőzzük.

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

**A beavatkozás tervezett időpontja:** .....

#### Beavatkozás módja:

Fájdalomcsillapító (kokain, fenolszármazék, mentol) oldattal átitatott vattát helyezünk a dobhártya felszínére, majd 15-30 perc múlva a dobhártyát kis lándzsával bemetszük. A beavatkozás fájdalom nélkül vagy minimális fájdalmat okozva elvégezhető. Az esetlegesen ürülő váladékot leszívjuk.

#### Szövődmények:

Az előírásnak megfelelő technikával kivitelezett dobhártyabemetszés (paracentesis) szövődménymentes. Nehezen közreműködő felnőtt vagy gyermek eseteiben ritkán, felületesen sérülhet a hallójárat bőre, melyből rövid ideig tartó vérzés következhet be. Stabil fejfogással (asszisztencia) ez kiküszöbölhető. A bemetszés után enyhe fájdalom és fülben nyomásérzés következhet be.

Ritkán a paracentesist követheti középfülgyulladás, nem várt allergiás reakció az érzéstelenítőszerre. A bemetszés nem gyógyul be, tartós nyílás marad a dobhártyán, melyet idült középfülgyulladás követhet. Ilyenkor gyógyító fülmütét válik szükségessé.

Nagyon ritkán maradandó halláskárosodás, erős vérzés és egyensúlyozó szervi zavarok következhetnek be.

#### Beavatkozás utáni történések, várható következmények:

A feszítő fájdalom megszűnik, a hallójáratból több – kevesebb váladék ürülése várható. Előfordul, hogy a metszés bezárul, még mielőtt a fülfolyamat meggyógyult volna. Ilyenkor a metszést újra el kell végezni. Azonnali hallásjavulás a paracentesistől nem mindig várható. Bizonyos gyulladásokban az ürülő fülváladék véres, erre a kezelő orvos külön felhívja a figyelmet.

#### Milyen alternatív megoldás lehetséges?

Konzervatív kezelés (antibiotikum, orrcsepp, lázcsillapító, fülre száraz meleg).

Betegtájékoztató és beleegyző lap			
Dokumentum címe:	Dobhártya bemetszése („fül felszúrás”, paracentesis)		
Változat: 04	Hatályos: 2015.08.04.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás: 3
Dokumentum száma: Bny./FOG./09	Hatályba helyezte: Dr. Czurkó Géza osztályvezető főorvos		

### Mi a teendő a beavatkozás után?

A fül víztől óvása. Száraz, gyakran cserélt pamutvatta, a hallójárat bőrének védelme a kimaródás ellen (babaolaj, zsíros krém segítségével). Fülészeti kontroll az orvos által megadott időpontban. A javasolt gyógyszer szedése.

### A beavatkozás elmaradásának következményei:

1. A dobhártya magától kilyukad (kifakad), a váladék spontán ürül.
2. Szövődmények alakulhatnak ki (idült középfül-, belsőfül gyulladás, fül mögötti csontüreg gennyes gyulladása, arcidegbénulás, agyhártyagyulladás, agytályog).  
A szövődmények megoldása műtéti.

### 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!