



BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI  
KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET

✉: 1076 BUDAPEST, PÉTERFY SÁNDOR UTCA 8-20

☎: 06-1-461-4700

@: PETERFY@PETERFYKH.HU



## Beleegyző nyilatkozat légcsőmetszés (tracheotomia) elvégzéséhez

Alulírott .....(név).....(szül. Idő) tanúsítom, hogy engem  
dr.....felvilágosított az alábbiakról: ...

**1. Tervezett beavatkozás:** Légcsőmetszés (Tracheotomia). Ezt a beavatkozást akkor végezzük, ha tartós gépi lélegeztetésre van szükség, és ez a légcsőbe vezetett tubus segítségével a várhatóan kialakuló szövődmények magas kockázata miatt már nem javallt. Ugyancsak indokolt lehet, ha a beteg már spontán légzésre képes, de állapota miatt, vagy a keletkező légúti váladék átlagosnál nagyobb mennyisége miatt az csak külső segítséggel (leszívással) távolítható el.

**2. A beavatkozás részletes ismertetése :** Altatásban vagy helyi érzéstelenítésben a nyakon a gége alatt 5-6 cm-es területen nyílást készítünk, és lélegeztető tubust, vagy fémkanült helyezünk be a felső légutakba. Ezeket az eszközöket mindaddig tartjuk a bevezetés helyén, amíg a fenti indokok fennállnak, eltávolításuk után a készített nyílás pár hét alatt spontán bezáródik.

**3. Lehetséges szövődmények:** Ritkán fordul elő a beavatkozás után a sebzés területén fertőzés vagy utóvérzés, továbbá a légcső és nyelőcső közti sipoly. Ritkán a kanül eltávolítása után a légutak hegesen szűkülnek, ez további fül-orr-gégészeti beavatkozást tehet szükségessé. A beavatkozás után a légzőnyílás gondos ápolása szükséges.

A műtéti sebzés gyógyulása az esetek jelentős részében esztétikailag kifogásolható eredményt ad, de ez a későbbiekben plasztikai sebészeti beavatkozással korrigálható.

Amennyiben a légcsőmetszést elutasítom, úgy a beavatkozás elmaradásából származó esetleges következményekért a felelősséget vállalom.

Kérdéseimre részletes, érthető, kielégítő választ kaptam, a tájékozott beleegyezéshez kellő idő állt rendelkezésemre.

Szóbeli felvilágosítás és a fentiek figyelembevételével a légcsőmetszésbe

Beleegyzem \*

Nem egyezem bele\*

Kelt: Budapest, 20.....

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

(rokonsági fok: .....)

.....  
az orvos aláírása

Tanúk:

1. Név: .....

2. Név: .....

Cím: .....

Cím: .....