



**DEBRECENI EGYETEM**  
**FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR**

MUNKAUTASÍTÁS



Változtatás átvezetésére

kötelezett példány:

nem kötelezett példány:

Példány sorszám:

## MU 001.ST ALTATÁSOS FOGÁSZATI ELLÁTÁS

Készítette: Dr. Skopkó Boglárka Emese tanársegéd  
Dr. Szepesi Márta tanársegéd

Átvizsgálta: Dr. Redl Pál egyetemi docens

Jóváhagyta: Dr. Hegedűs Csaba  
a Fogorvostudományi Kar dékánja

M ó d o s í t á s o k		
Sorszáma	Dátuma	Leírása
1.		
2.		
3.		



# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR

MUNKAUTASÍTÁS



### I. Alapvető megfontolások

#### 1. A munkautasítás célja:

A Debreceni Egyetem Fogorvostudományi Karának Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Tanszékén működő egynapos sebészeti beavatkozásokat ellátó rendelő ('Kiemelt kezelő') a mindenkori jogszabályoknak megfelelő, szabályozott minőségügyi rend szerinti működése.

#### 2. Alkalmazási terület:

Altatásos fogászati szakrendelés.

#### 3. Vonatkozó jogszabályok, hivatkozások:

- **1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, különös tekintettel a 'Pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó különös szabályok':**

- 2005. évi CLXXXI. törvény 17. §. Hatályos: 2006. I. 1-től.
- 2005. évi CLXXXI. törvény 18. §. Hatályos: 2006. I. 1-től.
- 2001. évi XXXIV. törvény 11. § (8). Hatályos: 2001. VII. 12-től.
- 2005. évi CLXXXI. törvény 19. §. Hatályos: 2006. I. 1-től.
- 2006. évi CIX. törvény 170. § (4) d).

- **Az emberi erőforrások minisztere 24/2013. (III. 29.) EMMI rendelete az egyes egészségbiztosítási miniszteri rendeletek módosításáról**

- **Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Az Ambuláns és egynapos sebészet**

- **A 45/2006. (XII.27.) EüM rendelet a várólista sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről**

- **A 46/2006 (XII.27.) EüM rendelet a várólista adatainak honlapon való közzétételéről**

- **MF 03.C Dokumentumok, feljegyzések, adatok kezelése**

- **SZ 012.C Intézeti betegszállítási szabályzat**

- **MF 08.KL Képződiagnosztikai tevékenységek**

- **MF 09.C A higiénés folyamat szabályozása**

- **MF 10.ST. A gyógyszerellátás szabályozása**

- **MF 14.ST. Berendezések és épületek karbantartása**

- **MF 17.ST Tárolás, szállítás, csomagolás**

- **MP 001.KL Újraélesztési Protokoll**

- **SZ 002.C Dietetikai szabályzat**

- **MF 19.C Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Eljárások**

- **DE Tűzvédelmi Szabályzat**

- **DE Munkavédelmi Szabályzat**

- **SZ 014.C Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum intézményi várólista szabályzat (6)**

#### 4. Az értelmi fogyatékos betegek általános anesztéziában történő fogászati ellátása:



# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR

### MUNKAUTASÍTÁS



Az értelmi fogyatékos betegek fogászati ellátásánál a kooperáció hiánya teszi szükségessé az általános anesztézia alkalmazását. Fogászati szempontból a legveszélyeztetettebb célcsoport a fogyatékkal élők csoportja. A megfelelő szájhigiéné és így a prevenció nehezen kivitelezhető, ezáltal a vizsgálatra is sokszor már akut panaszokkal érkeznek a páciensek. A korábbiakban a kezelés elsősorban a panaszos és rossz állapotú fogak szanálását jelentette. Az ellátást is csak néhány centrum vagy alapítvány által működtetett rendelő biztosította. A területileg illetékes fogászaton történő ellátás pedig csak kooperáló páciensek esetében volt megoldható.

A fogyatékos személyek rendszeres fogászati gondozásának hiánya károsan befolyásolta ezen páciensek egészségügyi állapotát, melynek hátterében sokszor a rossz szociális körülmények is nehezítették a szükséges ellátás igénybevételét. A rendszeres fogászati ellátás és gondozás biztosítása céljából született meg a fogyatékos betegek altatásban történő ellátásának szakrendelése, mely elsősorban a nem együttműködő középsúlyos és súlyos mentálisan sérült személyek esetében segíti a fogászati kezelést. 'Az emberi erőforrások minisztere 24/2013. (III. 29.) EMMI rendelete az egyes egészségbiztosítási miniszteri rendeletek módosításáról' szabályozza az OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) által finanszírozott ellátást nyújtó intézmények és beavatkozások listáját, az egynapos anesztézia szabályait pedig 'Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Az Ambuláns és egynapos sebészet' tartalmazza.

Szakrendelésünkön nem csak a betegellátásra, hanem az azt megelőző prevenciós tevékenységre is kifejezett hangsúlyt fektetünk, amely az ellátott páciensek gondozását, évenkénti kontrollvizsgálatát jelenti. A rendszeres visszahívásokkal célul tűztük ki, hogy megfelelő kooperáció mellett a páciensek gondozása és ellátása a későbbiekben ambulánsan is folytatható legyen.

#### 5. Alkalmazási területe:

A szellemi fogyatékoság esetén megkülönböztetett fokozatok különböző ellátásban részesülhetnek. A kooperáló, enyhén fogyatékos személyek megfelelő ellátási körülmények mellett (gyors kezelés, szülő jelenlétében, rendkívüli türelemmel) ambuláns ellátásban részesülhetnek.

A középsúlyos és súlyos fogyatékoság esetén leggyakrabban az általános érzéstelenítés a megoldás.

#### 6. Definíció:

A mentális retardatio a szellemi működés lelassulásából, vagy inkomplett fejlődéséből kialakult állapot. Az intelligenciára nézve ez a tanulási zavarok kiszélesedésének és fokozódásának felel meg (1). Más definíciók inkább az érintett embernek a környezettel való kapcsolatára összpontosítanak. A BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) három kritériumot fogalmaz meg:

- Jelentősen átlag alatti intellektuális teljesítmény (IQ 70 vagy az alatti)
- Az adaptív működés deficitje, vagy károsodása az alábbiak közül legalább két területen: kommunikáció, önellátás, családi élet, szociális/kapcsolati készségek, önmaga irányítása, iskolai készségek, munka, szórakozás, egészség, biztonság



# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR



### MUNKAUTASÍTÁS

- 18 éves kor előtt jelentkeznek

Jellemzően a teszteken 70 alatti IQ-t mutatókat tekintik értelmi fogyatékosnak.

- 80 feletti IQ már közel normális, de még sok ilyen esetben is jelentkezhetnek tanulási zavarok, például enyhe retardáltság határeset: 70-84 IQ
- enyhén értelmi fogyatékos: 50-69 IQ
- közép súlyosan értelmi fogyatékos: 35-49 IQ
- súlyosan értelmi fogyatékos: 20-34 IQ
- legsúlyosabb értelmi fogyatékos: 19 IQ, illetve az alatt

A súlyosan értelmi fogyatékos kategóriába tartozók gyakran súlyosan-halmazottan értelmi fogyatékos emberek, pl.: értelmi sérülés + mozgássérülés, értelmi sérülés + látássérülés.

A már meglévő képességek elvesztését, például az intelligenciát demenciának nevezik, amit betegségek okozhatnak.

#### 7. A fogyatékoság etiológiája

Agyi bénulás, fejet érő nagyobb trauma, születési anoxia, pervazív fejlődési rendellenesség (autizmus, gyermekkori schizofrenia), microcephalia, metabolikus rendellenességek, súlyos fertőzések (anyai rubeola, meningitis, encephalitis) és egyes szindrómák (Down sy., Fragile X sy) tehetőek felelőssé kialakulásáért. (2)

#### 8. Kockázati tényezők:

Az exogén ártalmak az endogén ártalmakra hatással vannak. A károsító tényezők időbeni megjelenésüket tekintve 3 csoportba sorolhatók.

1. A prenatális ártalmak közé soroljuk a **fizikai teratogéneket**, úgy, mint a röntgensugárzás, az ionizáló sugarak, hőártalom és a traumák. A **kémiai teratogének** közé sorolhatók a gyógyszer, vegyszerhatások, alultápláltságból adódó hiánybetegségek, élvezeti cikkek (alkohol, kávé, cigaretta, LSD...) melyek a fejlődési rendellenességekért felelőssé tehetőek. Vírus és mycoplasmas fertőzések közül a rubeola, a cytomegalia vírusoknak van szerepe a központi idegrendszeri gyulladásos folyamatok kiváltásában. A toxoplazmózis is okozhat magzati ártalmakat.

2. A perinatális ártalmak közé tartoznak a születéskor fellépő hypoxia, mechanikai traumák, hiperbilirubinaemia.

3. A posztnatális ártalmak a születést követő időszakban előforduló sérülések és betegségek. A balesetek közül azok a sérülések a legjelentősebbek, amelyek a koponyát és az érzékszerveket érik, vagy koponyán belüli vérzést okoznak.

A multifaktoriális rendellenességek esetén a genetikai és exogén tényezők együttesen érvényesülnek. A környezeti hatások közé tartoznak a gyermeket érő társadalmi és szociális tényezők (szülők foglalkozása, állami gondozottság, gyermekszám, egészségügyi helyzet stb.).

Az egyéb tényezők közé soroljuk a koraszülöttséget és a terhesség - megszakítást. (3)

#### 9. Panaszok, tünetek, általános jellemzők:

A különböző készségek és az intelligencia minden területén megfigyelhető alulfejlettsége jellemzi, amely a fejlődési időszakban nyilvánul meg. A retardációt kísérhetik



# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR



### MUNKAUTASÍTÁS

más testi megbetegedések, de előfordulhat önmagában is. Gyakran társulhatnak hozzá pszichiátriai kórképek, amelyek tünetei nehezebben felismerhető formában, háromszor – négyszer gyakrabban jelentkeznek, mint az átlag populációban. További jellemzője lehet a szociális adaptáció nehézsége, amelyet magatartási rendellenességek kísérnek. Súlyossági fokozatai alapján négy nagy csoportba sorolhatjuk őket:

1. *Enyhe mentális retardáció: IQ 50-69 (debilitás)*

Kezdeti tünete a megkésett beszédfejlődés, ami később eléri a mindennapi élethez szükséges beszédkézséget. Önellátásra képesek, de a szellemi készségeket kívánó feladatok nehézséget okoznak számukra. Specifikus fejlesztéssel ezek a képességek fejleszthetőek. Megfelelő szociokulturális környezetben viszonylag teljes életet élhetnek, de ha érzelmi, vagy szociális éretlenség is társul hozzá, akkor a társadalomba való beilleszkedésük akadályokba ütközik.

2. *Mérsékelt mentális retardáció: IQ 35-49 (imbecillitás)*

Behatárolt nyelvi és értelmi képességek jellemzik, melyek önellátási-korlátozottsággal és mozgásképeség visszamaradással társulnak. Képzési programok segítségével csak bizonyos százalékuk sajátítja el az olvasáshoz, íráshoz és számoláshoz szükséges alapvető készségeket. Szakképzett irányítás mellett pontosan meghatározott gyakorlati feladatok elvégzésére alkalmasak lehetnek. Képességének megfelelő szinten szociális fejlődést mutat, ennek megfelelő a társadalomba való beilleszkedése.

3. *Súlyos mentális retardáció: IQ 20-34 (imbecillitás)*

A központi idegrendszer jelentős károsodása, vagy fejlődési rendellenessége következtében a motoros funkciók, vagy más szervek károsodása jellemzi. Egész életük során támogatásra, gondozásra szorulnak.

4. *Nagyon súlyos mentális retardáció: IQ < 20 (idiótia)*

Erősen korlátozott értelmi képesség, inkontinencia, mozgásképtelenség, vagy súlyos mozgáskorlátozottság jellemzi, csak a legalapvetőbb nonverbális kommunikációkra képes. Alapvető szükségleteik kielégítésére alig, vagy egyáltalán nem képesek, állandó felügyeletet igényelnek. (1)

## 10. A betegség leírása

1. *Érintett szervrendszerek:*

A központi idegrendszer érintettsége s az ennek következtében fellépő egyéb szervi elváltozások alapvető jelentőségűek a megbetegedésben.

2. *Genetikai háttér:*

Autoszómális eltérések (Down – szindróma), szexkromoszómális eltérések (3-as X-szindróma, Cri-du-chat szindróma), valamint egyéb genetikai eltérések állhatnak a háttérben, úgy mint szénhidrát metabolizmus zavara ( galaktózémia), aminosav metabolizmus zavara (fenilketonúria) vagy a zsírmétabolizmus veleszületett zavara (lipofuscinosis). A mukopoliszacharid anyagcserezavar a Hunter – szindróma. A diszomorfias szindrómák ismert ( fragilis X – szindróma) és ismeretlen ( DeLange – szindróma) genetikai formáját különböztetjük meg. (1)

3. *Prevalencia:*



# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR



### MUNKAUTASÍTÁS

- idiotia: 0,5%
- imbecillitás: 0,8-1%
- debilitás: 2,5%
- az értelmi fejlődés részleges zavara: 6-8%
- szociokulturális, környezeti elmaradás: 10-15% (4)

#### 4. *Jellemző életkor:*

A betegség a fejlődési időszak különböző szakaszaiban a kortársakhoz képest megkésett fejlődés alapján pszichiátriai vizsgálatokkal diagnosztizálható, de ez különböző életkorban jelentkezhet.

#### 5. *Jellemző nem:*

A betegség előfordulása férfiak esetén másfélszer gyakoribb. (4)

#### 6. *Gyakori társbetegségek:*

A súlyos értelmi fogyatékoság társulhat érzékszervi (látás- és hallássérülés), valamint mozgásszervrendszeri (mozgássérülés) betegségekkel.

## II. Diagnózis

### 1. **Diagnosztikai algoritmusok:**

Az általánosan használt diagnosztikai módszerek köre jelentősen leszűkült a mentálisan retardáltak esetén. A szülő, vagy a gondviselő által elmondott alapos anamnézis mellett az általunk készített friss röntgenfelvétellel (legtöbb esetben csak a panorámaröntgen felvétel kivitelezhető) és a fizikális vizsgálatokra hagyatkozhatunk, de az egyéb esetekben döntő jelentőségű vitalitás, vagy kopogtatási vizsgálat, illetve a tesztkavitás a beteg kooperációjának hiányában nem jön szóba.

A beavatkozásokat megelőző előzetes ambuláns vizsgálat során történik az általános és fogászati anamnézis felvétele, a fizikális és egyéb diagnosztikai vizsgálatok elvégzése.

### 2. **Anamnézis**

Nagyon fontos az alapos *általános anamnézis*, amely tartalmazza a szedett gyógyszereket, zárójelentéseket (a diagnózis és a kezelés adatait). Előnyös lehet a kezelőorvos és a korábbi fogorvos elérhetőségeit feljegyezni, személyazonosító iratok ellenőrzése (TB kártya, felügyeleti jog bizonyítása). Kiemelten fontos a betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat aláírása a törvényes képviselővel. Listát készíthetünk azokról a dolgokról, amelyektől a gyermek fél vagy agresszív lesz, de a kedvelt dolgokról is, továbbá fontos a jutalmazás módjának megérdeklődése.

Kérjük meg a gyermek kezelőorvosát a felmerülő premedikációval vagy az alapbetegség kezelésének módosításával kapcsolatban írásban adjon szakvéleményt, amelyet a dokumentációhoz csatolunk. Kezelés előtt tisztázandó, hogy van-e az általunk tervezett beavatkozásnak kontraindikációja, igényel-e műtéti előkészítést (AB védelem, faktorpótlás, gyógyszer váltás, szteroid dózis emelése... stb.). Arra is érdemes kitérni, hogy megfelelő-e az adott érzéstelenítési mód (allergiák)?

Minden szedett gyógyszerről tudnunk kell és ismernünk kell a gyógyszerek mellékhatásait és kölcsönhatásait (különösen a helyi érzéstelenítőkkel).

A *fogászati anamnézis* felvétele során mindig alapvetően fontos rákérdezni akut panaszok (fájdalom) meglétére, azok lokalizációjára, a tünetek fellépésének időpontjára. Egyéb kísérő



# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR



### MUNKAUTASÍTÁS

panaszok (arcduzzanat, láz, nyelési és légzési nehezítettség) a folyamat súlyosságának felmérését segítik.

#### 3. Fizikális vizsgálatok:

A legtöbb esetben ennek kivitelezésére csak a páciens altatását követően nyílik lehetőség, amely azonban kizárja a döntő jelentőségű diagnosztikai tesztek elvégzését (vitalitásvizsgálat, kopogtatási tesztek és tesztkavitás fúrása). A megtekintéshez háttér megvilágítás szükséges. Szisztematikus arc és száj vizsgálat szabad szemmel áttekintő jellegű, speciális esetekben a nagyítás ajánlott, amely javítja a részletek értékelését (5).

Extra és intraorálisan a tapintással rutin sorrendet (pl. ajak, bucca, fogak, teljes nyálkahártya terület, száypad, nyelv) követve elkerülhető, hogy valamely képlet vizsgálata elmaradjon (5).

A maradék fogazat kariológiai és parodontológiai vizsgálata fontos, amelyet a beleegyező nyilatkozat megfelelő részében rögzítünk. Ezeket követően kiegészítő vizsgálatokra is szükség van, amely magába foglalja a képalkotó eljárásokat is.

#### 4. Kötelező (minimálisan elvégzendő) diagnosztikai vizsgálatok:

- Panorámaröntgen felvételek készítése az altatás előtt.
- Szerencsés esetben periapikális röntgenfelvételek is elkészíthetők.

## II. Kezelés

A kezelésre érkező páciensek felvétele és elhelyezése a beavatkozás reggelén történik az előzetesen kiállított ambuláns lap és az azonosító iratok segítségével a rendelő mellett elhelyezkedő kétágyas kórteremben.

A betegfelvétel az előzményi adatok rögzítésével kezdődik. Az orvos a betegfelvétel során áttekinti a beteg korábbi egészségügyi dokumentumait, kikérdezi és a kórlapban feljegyzi az előzményi adatokat és a panaszokat (6).

A beteget szóban és írásban is tájékoztatjuk az osztály működési rendjéről, a személyes higiénia, komfort, értékmegőrzés biztosításának lehetőségeiről. Az asszisztens nő tájékoztatja a beteget a várható ápolási teendők lényegéről, ápolási dokumentációt (F 0037/1.ST, F0050/1. ST) tölt ki a beteg számára, elvégzi a vérnyomás, pulzus és hőmérséklet mérést és ezek eredményét rögzíti a lázlapon (K 0002/1.C). A beteg által hozott orvosi dokumentumokat az anamnézis felvételét végző orvos betekintésre átveszi. Az előzményi adatokat és vizsgálati eredményeket elektronikusan rögzítjük, majd a felvételt végző osztályos orvos kinyomtatja ezeket a kórlapra (F 0003/1.C). (6)

A kórlap minimális tartalma:

- Azonosítási adatok (név, születési dátum, anyja neve, lakcím, TAJ szám)
- Felvétel ideje (év, hó, nap, óra, perc)
- Betegfelvételt végző orvos neve
- Osztályvezető orvos neve
- Anamnézis adatok
- Státusz
- Dekurzus lap, rajta a feltételezett felvételi diagnózissal
- Javasolt teendők

A kórlap része továbbá:

- A lázlap
- Beleegyező nyilatkozatok, ha van
- Az észlelőlapok



# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR



### MUNKAUTASÍTÁS

- A vizsgálati leletek
- Az ápolási dokumentáció
- Valamint minden egyéb dokumentáció, mely a beteg gyógykezelése során keletkezett (6).

A beavatkozáshoz az -F0099/1ST számú 'Betegtájékoztató altatásban végzett fogászati ellátásról' az F0479/1.C 'Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat a műtéti érzéstelenítésről' és az F0098/1ST számú 'Beleegyező nyilatkozat általános érzéstelenítésben történő fogászati ellátáshoz'- erre vonatkozó dokumentumokat a beavatkozást megelőzően 48 órával korábban a törvényes képviselő részére átadjuk, melyen aláírásával tanúsítja, hogy elolvasta és a kezelési alternatívákat elfogadja. Az ambuláns vizsgálat során a páciens kooperációjától és a képalkotó vizsgálatok eredményétől függően ismertetjük milyen kezelések várhatóak, azonban a részletes orvosi vizsgálat és a végleges kezelési terv felállítása altatásban történik, melynek elfogadását a törvényes képviselő a beleegyező nyilatkozat megfelelő részében aláírásával igazolja, az elvégzett beavatkozásokat a zárójelentésben rögzítjük.

#### 1. Nem gyógyszeres kezelés:

Tömések készítése az alábbi diagnózisok alapján: caries superficialis, caries media, circularis caries, caries profunda kemény, karcosható alappal (nem indokolt a töméskészítés: caries penetrans vagy 3-nál több felszint érintő szuvasodás, illetve minden a pulpát érintő elváltozás esetén).

A fényre polimerizálódó tömések készítéséhez jól leszármazható fogfelszínek szükségesek. A nehezen izolálható ínyközeli szuvaságok ellátásának az íny retrakcióját követően kompozit (üvegeionomer) tömőanyag használata előnyös lehet.

Depurálás, polirozás: plakk, fogkő és plakkretenciós tényezők eliminálása.

##### a) A megfelelő egészségügyi ellátás szintje: szakellátás

##### b) Speciális ápolási teendők:

A betegellátást megelőzően és azt követően folyamatos felügyelet szükséges.

##### c) Fizikai aktivitás:

Felhívjuk a hozzátartozó figyelmét, hogy az elbocsátást követően, az altatás utáni periódusban a még jó állapotú páciens ítélőképessége, reakcióideje és teljesítménye is módosult. Ezért az altatást követő 24 órában fokozott figyelmet igényel:

- ne végezzen olyan tevékenységet, amelynek során megsérülhet (pl: sport –biciklizés, úszás; nehéz fizikai munka)
- a fent említett időszakban állandó felügyeletre szorul.

Felső fogak extractioját követő arcüreg megnyílás esetén kerülni kell az olyan helyzeteket, amiben az orrüregi nyomás megemelkedik, ezért 2 hétig tilos az orrfújás (szükség esetén orrcsepp használható) és lehetőség szerint nyitott szájjal kell tüsszteni.

##### d) Diéta:

A műtét napján a beavatkozást követően javasolt a műtét utáni napokban az erősen fűszeres, szénsavas és tejes étrend kerülése a további vérzés és szövődmények megelőzése céljából.





# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR



### MUNKAUTASÍTÁS

#### e) **Betegoktatás:**

A páciens vagy a gondviselő tájékoztatása szükséges a kezelés utáni szájhigiénés instrukciókkal és lehetséges szövődményekkel kapcsolatban, melyet a zárójelentésben írásos formában is a hozzátartozó részére bocsátunk. Pontos információt kapnak továbbá arról is, hogy milyen esetekben szükséges a beteg sürgős kontrollja.

A törvényes képviselő minden beavatkozás előtt írásos formában is megkapja a F0099/1ST számú 'Betegtájékoztató altatásban végzett fogászati ellátásról' című tájékoztatót.

## 2. Gyógyszeres kezelés

### **Ajánlott gyógyszeres kezelés:**

A klinikán ápolt betegek gyógyszerellátását az érvényben lévő MF 10.ST (A gyógyszerellátás szabályozása) szabályozza. Gyógyszerek adása a lázlapról az aneszteziológus orvos utasítása alapján történik. A gyógyszereket a betegek napszakokra lebontva névre szólóan, külön gyógyszeradagoló dobozban kapják, amit a kezelőben az arra kijelölt nővérek készítenek elő. A gyógyszerek beadásának tényét az ápolási dokumentációban aláírásukkal rögzítik (6).

- **Kontraindikációk:** a helyi érzéstelenítővel szembeni allergia, kezeletlen magasvérnyomás, pajzsmirigy túlműködés.
- **Kiegészítő alternatív gyógyszeres kezelés:** fájdalomcsillapítás, általános indikációk alapján antibiotikus profilaxis, nagyobb sebészeti beavatkozások, gyulladások esetén otthonra további antibiotikus kezelés.

### **Aneszteziológiai ellátás:**

A műtőben az aneszteziológiai tevékenységet az aneszteziológus orvos és az aneszteziológus asszisztensnő látják el az MF 19.KL szintű folyamatleírásban foglaltak szerint.

Az aneszteziológiai kezelés orron keresztül intubálva ITN-ben (intratracheális narkózisban) balanszírozott vagy total intravénás anesztéziában (TIVA-ban) történik, melyet ha a beteg alapbetegsége indokolja antibiotikus profilaxissal egészítünk ki. Az egynapos anesztézia szabályait 'Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Az Ambuláns és egynapos sebészet' határozza meg. A beteg a beavatkozás napján hazaengedhető, ha

-stabil vitális paraméterekkel bír

-spontán vizeletet ürít

-hányinger vagy hányás nincsen

-vérzés nincsen

-illetve, ha a tartózkodási helyétől az ellátó intézmény személygépkocsival – átlagos forgalmat figyelembe véve – 30 perc alatt elérhető, valamint, ha a műtétet követő éjszakán a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított.



# DEBRECENI EGYETEM

## FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR



### MUNKAUTASÍTÁS

---

Ha a páciens alapbetegsége indokolja (például nem kontrollálható epilepszia) akkor az alapbetegségét kezelő intézet klinikán belüli fekvőbeteg osztályára megfigyelés céljából átadjuk.

A betegek észlelésének gyakoriságát a beteg állapotától függően a kezelőorvosa rendeli el. Az észlelést az ott dolgozó nővérek és orvosok végzik, melynek dokumentálása a nővérek által az észlelőlapon (F0006/1C), az orvosi dokumentáció pedig a dekurzus lapon történik.

### 3. Műtét

**a) A megfelelő egészségügyi ellátás szintje: szakellátás**

**b) Speciális ápolási teendők:**

A betegellátást megelőzően és azt követően folyamatos felügyelet szükséges.

**d) Sebészeti kezelés:**

Műteti indikációk: foghúzást követően megnyílt arcüreg sebészi zárása; fogak, gyökerek sebészi eltávolítása, megfelelő indikáció alapján bölcsességfogak sebészi eltávolítása

Műteti előkészítés: az általános érzéstelenítés mellett lokál anesztézia.

A műtét során nyert szövettani minták vételére, tárolására vonatkozóan a 18/1998. (XII. 27.) EüM rendelet rendelkezései az irányadóak (6).

### Irodalom

1. Németh, Füredi, Tariska: A pszichiátria rövidített kézikönyve – Harmadik bővített és átdolgozott kiadás, Medicina Könyvkiadó Zrt. – Budapest, 2011.
2. Richard Welbury: Paediatric Dentistry, Oxford University Press, Fourth edition, 2012.
3. G. Szabó Terézia: Gyógypedagógiai kórtan – gyógypedagógiai antropológia
4. Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter: A pszichiátria magyar kézikönyve; Negyedik átdolgozott és bővített kiadás, Medicina Könyvkiadó Zrt. – Budapest, 2009.
5. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Foghiányok ellátása Készítette: A Fog- és Szájbetegségek Szakmai Kollégiuma
6. Dr. Redl Pál: Fekvőbeteg ellátás (MF 05.ST)