



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

invazív vagy műtéti beavatkozásokhoz

A beteg adatai	Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének (hozzátartozójának) neve:
Név	
Születés dátuma	
TAJ	

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem dr. Harang Gábor (a kezelést/beavatkozást végző orvos) megfelelő, számomra érthető módon, részletesen tájékoztatott az alábbiakról:

A betegség megnevezése, kórisme (magyarul)

...Végstádiumú veseelégtelenség

Sipoly létrehozása a felső végtagon, egy verőér és visszér között, művesekezelés céljából. Helyi érzéstelenítés során felkeressük az alkar vagy felkar egyik verőerét, majd egy közelében futó visszert a verőérhez varrunk, egy sipolyt kialakítva. Többször operált végtagon a sipoly kialakítása csak a felkaron lehetséges, amely hosszú metszést igényel, ezért általános, altatásos érzéstelenítést igényel.

A javasolt gyógymód, kezelés (magyarul)

Saját szövet felhasználása, fertőzés kockázatának csökkentése.

A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges **előnyei**

.....

A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges **kockázatai**

Sebfertőzés, vérzés, sipoly korai elzáródása. Ezek kezelésére antibiotikum adása, ill ismételt műtét válhat szükségessé. Késői szövődmények lehetnek a fentiek mellett a verőér és a visszér kóros tágulata, amely további szövődmények forrása lehet pl: repedés elzáródás, hozamnövekedés miatt kialakuló szívelégtelenség, fájdalom, kéz vérellátási zavara, duzzanata. Ezeknek megoldása újabb műtétet igényelhet. Szövődmény előfordulásai gyakorisága osztályunkon 2-5 %

A javasolt gyógymód, kezelés **elmaradásának kockázatai** A javasolt gyógymód, kezelés helyett választható **egyéb gyógymódokról** és azok kockázatairól

Veseelégtelenség miatt szükséges vesepótló kezelés legjobb eredménnyel sebészi verőér-visszér sipollyal biztosítható. Ennek hiányában kanülön keresztül, vagy hasúri dialízissel végezhető a vesepótló kezelés. Az idegen test beültetésével járó lehetőségek azonban nagyobb fertőzési lehetőséget jelent, ill a felső testfél fő visszereinek rögzítésével járhat.

- folytatás a következő oldalon -



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

invazív vagy műtéti beavatkozásokhoz

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat.

A betegséggemmel és a tervezett beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem. Ismertették velem, hogy jogomban áll szóban is és írásban is bármikor megváltoztatni döntésemet a gyógykezelésem során. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok.

A beavatkozás előnyeire, hátrányaira és elmaradásának kockázataira vonatkozó szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést/beavatkozást végezzék el:

Bal/jobb oldali felső végtagi verő és visszér közötti sipoly kialakítása

A javasolt kezelés/beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitéttel fenntartom, hogy tartós, ismétlődő kezelés során ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések/beavatkozások bármelyikét, vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Szekszárd, 20____.____.____.

.....
kezelést/beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
beteg aláírása
vagy a törvényes képviselő aláírása