



## MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (a dokumentum 2 oldalból áll!)

Alulírott ....., szül.idő:....., jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem .....(orvos neve) a Tolna Megyei Önkormányzat Kórháza Sebészeti Osztályának orvosa - mint a műtétet végző orvos - megfelelő, számomra érthető módon részletesen tájékoztattott az alábbiakról:

### 1. Betegségemről, mely

- kórisme magyarul: **Elzáródás okozta sárgaság**
- kórisme latinul: **Obstructio icterus**

### 2. A javasolt gyóymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Feltárás, epepangás megoldása**
- kezelés latinul: **Exploratio, icterus megoldás**

### 3. A javasolt gyóymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- Biztosítható az epe akadálytalan elfolyása, megszűnik a sárgaság
- Feltárást nyerhet a sárgaságot kiváltó ok
- Megelőzhető a heveny, ill. krónikus epehólyag és epeút gyulladás kialakulása
- Megelőzhető az epehólyag átfürödése és az ezt követő hashártyagyulladás

### 4. A javasolt gyóymód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek

- Heveny, ill. krónikus epehólyag gyulladás kialakulása
- Epehólyagnyak elzáródása, gennyes epehólyag-elzáródás
- Epehólyag átfürödés, következményes hashártyagyulladás
- Esetleges rosszindulatú alapbetegség rejtve maradhat, így a daganatos burjánzás, áttétképződés alakulhat ki.

### 5. A javasolt gyóymód, kezelés lehetséges kockázatairól, azok előfordulási gyakoriságáról\*, melyek

1. Sebgyógyulás ..... 10-15%
2. Vérzés ..... 1-2%
3. Visszamaradó kő az epeutakban..... 2%
4. Epeút-sérülés ..... 0,2%
5. Bélsérülés..... 0,2%

(\*az előfordulási gyakoriságról szóló adatok közelítő értékek, melyeket osztályunk több évtizedes eredményei és a szakirodalomban leírt adatok alapján állapítottunk meg)

### 6. A javasolt kezelésen kívül választható kezelésről, vagy kezelésekről és azok lehetséges kockázatairól, melyek

- Endoszkópos kezelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények, továbbá alacsonyabb a valószínűsége a végleges megoldásnak.

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

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

**(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)**



**(folytatás az előző oldalról!)**

Az orvos által adott felvilágosítással összefüggésben (3., 4., 5. pontok során részletezett adatok) a szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógyómódot, kezelést kívánok igénybe venni.

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést, műtétet végezzék el: **Feltárás, epepangás megoldása**

A javasolt kezelés elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitéttel fenntartom, hogy tartós, ismétlődő kezelés során ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom. Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések bármelyikét, vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Szekszárd, 200 .\_\_\_\_.\_\_\_\_.

-----  
műtési beavatkozást végző orvos  
aláírása, pecsétje

-----  
beteg aláírása  
(vagy törvényes képviselő aláírása)

## MŰTÉT KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvosom tájékoztatott arról, hogy a rajtam, beleegyezésem alapján elvégzendő műtét során, esetlegesen előre nem látható műtési beavatkozás kiterjesztése válhat szükségesség, amely elvégzésébe

- beleegyezem
- csak olyan műtési kiterjesztésbe egyezem bele, amely nem jelenti valamely szervem, testrészem elvesztését vagy funkciójának teljes kiesését
- a műtési kiterjesztésbe nem egyezem bele

(a beteg nyilatkozatának megfelelő rész aláhúzendó!)

A beleegyezés hiánya esetén tudomásul veszem, hogy ezzel összefüggésben bekövetkező esetleges egészségkárosodásomért, gyógyulási esélyem további alakulásáért a kezelőorvosomat felelősség nem terheli.

Szekszárd, 200 .\_\_\_\_.\_\_\_\_.

-----  
műtési beavatkozást végző orvos  
aláírása, pecsétje

-----  
beteg aláírása  
(vagy törvényes képviselő aláírása)