



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: **Jóindulatú vastagbél daganat**
- kórisme latinul: **Tumor colontos (benignus)**

2. A javasolt gyógyomódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **A vastagbél daganat kimetszése az épben, s a vastagbél helyreállítása**
- kezelés latinul: **Excisio seu resectio colontos**

3. A javasolt gyógyomód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- A betegséggel járó panaszok (székelési zavar, fájdalom, stb.) csökkenése, megszűnése
- Megelőzhető a belek elzáródása
- Megelőzhető bélhuzamba történő vérzés kialakulása
- Megelőzhető a későbbiekben esetleg kialakuló rosszindulatú elfajulás
- Részletes szövettani feldolgozást nyerhet a műtétnél eltávolított teljes elváltozás, így időben felismerhető a már esetleg kialakult kezdeti stádiumú rosszindulatú daganat is
- Megelőzhető a daganatos áttét kialakulása

4. A javasolt gyógyomód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek:

- Bél elzáródása
- Bélhuzamba történő vérzés kialakulása
- Vérszegénység kialakulhat
- Esetleg rejtve maradó rosszindulatú daganat burjánzani kezdhet, áttétet adhat, s így akár halálhoz is vezethet

5. A javasolt gyógyomód, kezelés lehetséges kockázatairól, azok előfordulási gyakoriságáról*, melyek

1. Sebgyógyulás 10-15%
2. Vérzés 1-3%
3. Varrateltelenség kialakulása 5-10%
4. Daganat kiújulás 10-15%
5. Bélműködési zavar, bélösszenövés, bélelzáródás 20-30%
6. Halál.....<1%

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

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

- Endoszkópos kezelés, de nem minden esetben kísérhető ez meg, valamint bizonyos szövödmények (mint pl.: vérzés, bélátlyukadás) kezelés utáni kialakulásának valószínűsége magasabb, mint annak műtét utáni valószínűsége

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógyomód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövödmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat. **(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)**



(folytatás az előző oldalról!)

A betegséggemmel 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.

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 gyógyymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

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

A vastagbél daganat kimetszése az épben, s a vastagbél helyreállítása

A javasolt kezelés elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitételrel 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 szükségessé, 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)