



## MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYEZŐ 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: **Gyulladásos bélbetegség a vastagbél huzam jobb felén és a vékonybél alsó szakaszán**
- kórisme latinul: **Morbus Crohn intestini tenui et crassi**

### 2. A javasolt gyógyomódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **A vastagbél huzam jobb felének és az érintett vékonybélszakasznak az eltávolítása, ezt követően átmeneti jelleggel a hasfalon vendégnyílás készítése vékonybélből**
- kezelés latinul: **Hemicolectomia + resectio intestini tenui, ileostomia**

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

- A betegséggel járó panaszok (székelési zavar, fájdalom, stb.) csökkenése, megszűnése
- Megelőzhető a bélhuzam teljes elzáródása
- Megelőzhető hasüregi tályog kialakulása
- •Részletes szövettani feldolgozást nyerhet a műténél eltávolított teljes elváltozás

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

- Bél elzáródása
- Bélhuzamba történő vérzés kialakulása
- Hasüregi tályog kialakulása
- Vérszegénység, táplálkozási és tápanyagfelszívódási akadályoztatás miatt kialakuló leromlás

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

1. Sebgyógyulás ..... 10-15%
2. Vérzés ..... 1-3%
3. Varratélgtelenség kialakulása ..... 5-10%
4. Bélműködési zavar, bélösszenövés, bélezáródás ..... 20-30%
5. Halál..... 1-3%

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

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

- Jelenlegi orvosi tudásunk szerint szövödményes bélgyulladás esetén, csak műtéti megoldástól és a kiegészítő gyógyszeres kezeléstől várható végleges gyógyulás

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 betegségemmel 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 gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

## **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést, műtétet végezzék el: **A vastagbél huzam jobb felének és az érintett vékonybélszakasznak az eltávolítása, ezt követően átmeneti jelleggel a hasfalon vendégnyílás készítése vékonybélből**

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 .\_\_\_\_.\_\_\_\_.

-----  
műtéti 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 műtéti beavatkozás kiterjesztése válhat szükségessé, amely elvégzésébe

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

-----  
műtéti beavatkozást végző orvos  
aláírása, pecsétje

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