



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: **Széklek kilépést okozó gyulladáshas bélbetegség (Crohn betegség)**
- kórisme latinul: **Fistula stercoralis propter ileitis terminalis**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **A hasüregi feltárás, széklek elterelés átmeneti vendégnyílással a hasfalon**
- kezelés latinul: **Laparotomia explorativa, transitoricus ileostoma**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- A betegséggel járó panaszok (székelési zavar, fájdalom, stb.) csökkenése, megszűnése
- Megelőzhető az általános hashártya gyulladás kialakulása
- A szövődésként kialakult végbéltályog meggyógyulhat

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

- Általános hashártyagyulladás
- Fájdalom fokozódása
- Végbéltályog tovaterjedése

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

1. Sebgyógyulás 10-15%
2. Vérzés 1-3%
3. Ismételt széklek-sipoly kialakulása 10-15%
4. Bélműködési zavar, bélösszenövés, bélelzáródás 20-30%
5. Vendégnyílás működési zavara 2-5%
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

- Jelenlegi orvosi tudásunk szerint csak műtéti megoldástól, a széklek elterelésétől várható a Crohn betegség okozta szövődésként gyógyulása

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődések 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.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

A hasüregi feltárás, széklet elterelés átmeneti vendégnyílással hasfalon

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 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)