



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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: **Jobb / Bal oldali tüdő rosszindulatú daganata**
- kórisme latinul: **Tumor maligna pulmonum l. d. / l. s.**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Jobb / Bal tüdő eltávolítása**
- kezelés latinul: **Pulmonectomia l. d. / l. s.**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- Teljes eltávolítást nyerhet a daganatos tüdő
- Végleges szövettani feldolgozása történhet meg az elváltozásnak, így a megfelelő stádiumba sorolása is megtörténhet a betegségnek, s ez alapján a szükséges kiegészítő onkológiai kezelést időben kaphatja meg a beteg.

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

- A tüdő-daganat okozta panasz együttes jelentős fokozódása léphet fel
- Daganatos burjánzás, áttétképződés léphet fel, mely halálhoz vezethet
- A nem megfelelő stádiumba sorolás miatt nem kapja meg a beteg időben a szükséges kiegészítő onkológiai kezelést

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

1. hörgőcsontk vártelételensége..... 1-2%
2. gennyes mellhártyagyulladás..... 2-3%
3. ellenoldali tüdőgyulladás 2-3%
4. érsérülés 1%
5. idegsérülés (n. phrenicus, n. recurrens, n. vagus, n. intercostalis) ... 2-3%
6. bordatörés 4-5%
7. légzési elégtelenség 2-3%
8. sebgyógyulás 1%
9. vérzés 1%
10. daganat kiújulás 5-10%
11. 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

- Gyógyszeres (konzervatív) kezelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények

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

(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

(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:

Jobb / Bal tüdő eltávolítása

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)