



- 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 Alsó / Középső / Felső lebenyének rosszindulatú daganata**
- kórisme latinul: **Tumor maligna lobus inferior / media / superior pulmonum l. d. / l. s.**

### 2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Jobb / Bal tüdő Alsó / Középső / Felső lebenyének eltávolítása**
- kezelés latinul: **Lobectomy inferior / media / superior pulmonis 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. hörgőcsanak varratelégelensége..... 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 gyógyulásomat.

**(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 gyógy módot, kezelést kívánok igénybe venni.

## **BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

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

### **Jobb / Bal tüdő Alsó / Középső / Felső lebenyének eltávolítása**

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)