



- 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: **Golyva**
- kórisme latinul: **Struma**

### 2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Pajzsmirigy JOBB / BAL lebenyének közel teljes eltávolítása**
- kezelés latinul: **Resectio subtotalis lobi I. S. / D. thyroideae**

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

- A struma megoldást nyerhet
- Az eltávolított pajzsmirigy állomány részletes szövettani feldolgozásra kerül, így elkerülhető esetleges rosszindulatúság rejtve maradása
- A beteg golyvával kapcsolatos panaszai (fulladás, nyelési nehezítettség, remegés, stb.) csökkenhetnek, megszűnhetnek.

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

- A golyvával kapcsolatos panaszok jelentősen fokozódhatnak.
- Esetleges rosszindulatú elfajulás késve nyerhet felfedezést

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

1. Sebgyógyulás ..... 1-2%
2. Vérzés ..... 1-2%
3. Golyva kiújulás ..... 5-8%
4. Bőrérzés műtét utáni ideiglenes kiesése ..... 5-10%
5. Bőrérzés műtét utáni végleges kiesése ..... <1%
6. Műtét utáni ideiglenes egyoldali hangszalagbénulás ..... 1-6%
7. Műtét utáni végleges egyoldali hangszalagbénulás ..... <0,1%

\* 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 kezelés, azonban ennek hatására hosszútávon a fenti szövődmények kialakulásának valószínűsége magasabb

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 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.

**(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)**



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

**(folytatás az előző oldalról!)**

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:

### **Pajzsmirigy JOBB / BAL lebenyének közel teljes 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 .\_\_\_\_.\_\_\_\_.

-----  
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)