



- 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 lebenyéből elvátozás kimetszése**
- kezelés latinul: **Enucleatio lobi I. S. / D. thyreoideae**

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 betegséggel 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 .____.____.

műtėti 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 műtėti beavatkozás kiterjesztése válhat szükségessé, amely elvégzésébe

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

műtėti beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

beteg aláírása
(vagy törvényes képviselő aláírása)