



MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ 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. Betegségről, mely

- kórisme magyarul: **Emlő rosszindulatú daganata a jobb / bal emlőben**
- kórisme latinul: **Tumor maligna mammae l.d / l.s.**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Az emlő állományának negyed részének eltávolítása a jobb / bal oldali emlőben és őrszem nyirokcsomó meghatározása**
- kezelés latinul: **Quadrantectomia mammae et excisio lymphoglandulae sentinel l.d. / l.s.**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- A daganat teljes eltávolítást nyerhet
- Az őrszem nyirokcsomó részletes szövettani feldolgozásra kerül, így elkerülhető esetleges nyirokcsomó áttétképződés rejtve maradása

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

- A daganat növekedése léphet fel
- Áttétképződés alakulhat ki más szervekben, mely végül halálhoz is vezethet
- A daganat kifekélyesedhet, gyulladást okozhat

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

1. Sebgyógyulás 1-3%
2. Vérzés 1-2%
3. Savóképződés 1-5%
4. Helyi daganatkiújulás 8-15%
5. Bőrérzés műtét utáni ideiglenes kiesése 5-10%
6. Bőrérzés műtét utáni végleges kiesése <1%
7. Karduzzanat kialakulása 5-10%
8. Túlérzékenység az alkalmazott festékekkel szemben ... <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

- Megfigyelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények
- Jelenlegi orvosi tudásunk szerint csak műtéti megoldástól és az ezt szükség esetén követő kiegészítő onkológiai kezeléstől várható végleges gyógyulás

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!)



(folytatás az előző oldalról!)

A betegségemmel és a tervezett beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészségemben 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:

Az emlő állományának negyed részének eltávolítása a jobb / bal oldali emlőben és őrszem nyirokcsomó meghatározása

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 aláhúzandó!)

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)