



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. Betegségemről, mely

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

2. A javasolt gyógyomódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **A jobb/bal hónalji nyirokcsomók eltávolítása**
- kezelés latinul: **Lymphadenectomia axillaris l.d. / l.s.**

3. A javasolt gyógyomód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- A daganat teljes eltávolítást nyerhet
- A hónalji nyirokcsomók részletes szövettani feldolgozásra kerülnek, így elkerülhető esetleges nyirokcsomó áttétképződés rejtve maradása

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

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

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

1. Sebgyógyulás1-3%
2. Vérzés1-2%
3. Savóképződés1-5%
4. Helyi daganatkiújulás8-15%
5. Bőrérzés műtét utáni ideiglenes kiesése5-10%
6. Bőrérzés műtét utáni végleges kiesése<1%
7. Karduzzanat kialakulása5-10%
8. Túlérzékenység az alkalmazott festékkel 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 kezeléson 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 gyógyomód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulást.

(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)



(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 gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

A jobb / bal oldali hónaljhi nyirokcsomók 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 aláhúzandó!)

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)