



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYEZŐ 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: **Bizonytalan eredetű hasi betegség**
- kórisme latinul: **Morbus abdominis non identificus**

2. A javasolt gyógyymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Feltáráó hastükrözés**
- kezelés latinul: **Laparoscopia explorativa**

3. A javasolt gyógyymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek

- Hasi panaszok, fájdalom csökkenése, megszűnése
- Kideríthetővé válhat a betegség eredete, s ennek megfelelően ideiglenes, ill. végleges megoldást nyerhet a betegség.
- Megelőzhető, ill. kezelhető az általános hashártyagyulladás, vérmérgezés okozta vérnyomásesés
- Megelőzhető kialakulása, ill. kezelhető a hasüregi tályognak

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

- A bizonytalan eredetű hasi betegség műtét nélkül előrehaladhat, s kialakulhat általános hashártyagyulladás a betegnél, következményes vérmérgezés alakulhat ki, mely halálhoz vezethet, illetve késlekedés állhat fenn emiatt a gyógykezelésben.

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

1. Sebgyennyedés 3-8%
2. Hasüregi bélösszenövésék kialakulása 1-8%
3. Hasüregi tályog kialakulása 1%
4. Vérzés a műtét területéről 1%
5. Bélsérülés..... 1%
6. Halál..... < 0,5%

* az előfordulási gyakoriságról szóló adatok közelítő értékek, melyeket osztályunk több évtizedes eredményei és a szakirodalomban leírt adatok alapján állapítottunk meg

6. A javasolt kezelésen kívül választható kezelésről, vagy kezelésekről és azok lehetséges kockázatairól, melyek

- Jelenlegi orvosi tudásunk szerint a bizonytalan eredetű hasi kórképeket csak műtétí úton lehet azonosítani, így nincs alternatív kezelési mód

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógyymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövödmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásumat.

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:

Feltáró hastükrözés

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 aláhúzendó!)

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)