



## 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: **Értágítás utáni vérzés a jobb / bal alsó végtagon**
- kórisme latinul: **Haemorrhagia post PTA extremitas inferior l.d. / l.s.**

### 2. A javasolt gyógyomódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Értágítás utáni érsérülés ellátása**
- kezelés latinul: **Exploratio, vérzés ellátás extremitas inferior d./l.s.**

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

- További vérzés elkerülése, kivérzés megelőzés
- Megelőzhető az alsó végtag szöveteinek elhalása
- Javítható az alsó végtag ütőeres vérellátása
- Megelőzhető a végtagon krónikus fekély kialakulása
- Megelőzhető a végtag elhalása

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

- Végtag elhalás
- Életet veszélyeztető kivérzés
- Halál

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

1. Sebgyógyulás ..... 10-20%
2. Vérzés kiújulás ..... 2-3%
3. Szövetelhalás a végtagon ..... 10%
4. Lábzsibbadás ..... 3%
5. Végtag keringésének romlása ..... 2-5%
6. Halál ..... 1%

\*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

- Gyógyszeres (konzervatív) kezelés, de ezzel a módszerrel az vérzéssel járó folyamat tovább haladhat.

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 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!)**



**(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, műtetet végezzék el:

### **Értágítás utáni érsérülés ellátása.**

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)