

Dokumentált beteg felvilágosítás

Mellékhere cysta eltávolítása

Műtét tervezett ideje: 60 perc

Beteg neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcíme:

TAJ:

Kedves Betegünk!

Ez a beteg felvilágosítási lap a kezelőorvosával történő megbeszélést segíti elő, és a fontosabb pontok írásos dokumentációját szolgálja.

A beavatkozás előtt kezelőorvosa megbeszéli Önnel a műtét szükségességét, kivitelezésének módját. Ahhoz, hogy a tervezett műtétbe beleegyezését tudja adni, fontos az alábbiakban felsorolt esetleges szövődmények, nem kívánatos következmények ismerete.

Az előzetes vizsgálatok Önnél jóindulatú mellékhere cystát állapítottak meg.

Milyen veszélyekkel kell számolni kezelés nélkül az Ön betegségével?

A mellékhere cysta kezelésében az első rendű megoldás a műtėti eltávolítás.

A műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük. A műtét során a herezacskó bőrén egy kis metszést ejtünk, a herét előemeljük majd a cystát eltávolítva a herét a herezacskóba visszahelyezzük. A sebet gondos vérzéscsillapítás után zárjuk.

Milyen szövődményekkel lehet számolni?

A legnagyobb körültekintés és óvatosság mellett is felléphetnek szövődmények.

Melyek ezek? A műtét után közvetlenül, ritkán, de felléphet utóvérzés. Késői szövődményként sebgyógyulási zavar, ill. mellékhere gyulladás alakulhat ki.

A kórházi bennfekvés során a műtėti előkészítő és kísérő beavatkozások egyike sem tekinthető kockázatmentesnek. Az injekciók és infúziók ritkán helyi szöveti károsodásokat (injekció okozta tályog, hegesedés, ideggyulladás, vénafal gyulladás) okozhatnak.

Amennyiben vér, vagy vérkészítmények adása válik szükségessé a fertőződés lehetősége pl. hepatitis vírussal (májgyulladás), és rendkívül ritka esetben (kb.: 1:1 millióhoz gyakorisággal) HIV vírussal (AIDS) abszolút értelemben nem zárható ki.

Elenyészően kis százalékban, mint minden műtėti beavatkozásnál, úgy a tervezett műtét során, illetve után is, felléphetnek olyan váratlan orvosi események, melyek akár a beteg elhalálózását vonhatják maguk után.

Minden fent nevezett szövődmény további kezelést tehet szükségessé, adott esetben újabb műtétre is sor kerülhet.

További felmerülő kérdések:

A műtėti felvilágosítás során minden Önt érintő kérdést, amire addig nem kapott választ tegyen fel orvosának! Pl.: Mennyire szükséges és sürgős műtét? Fennáll-e valamilyen személy szerint Önt érintő szövődmény veszélye? Milyen előzetes vizsgálatok szükségesek más a műtétbe? Ezek milyen szövődményekkel járhatnak? Meddig tart előreláthatólag az intézeti kezelés? Műtét után meddig kell a nemi élettől tartózkodnia

Orvosi feljegyzések a felvilágosítás során:

(pl.: egyéni kockázatok és lehetséges szövődmények, esetleges kiegészítő beavatkozások és azok kockázata, mellékhatása, a beleegyezés korlátozása és ebből adódó esetleges hátrányok)

.....
.....

orvos aláírás

A beteg műtéti beleegyezése:

A tervezett műtétről, illetve annak esetleges szükség szerinti kiterjesztéséről dr. kielégítő mértékben felvilágosított. Minden számomra lényegesnek tűnő kérdést alkalmam volt feltenni, azokra kielégítő, érthető válaszokat kaptam. Felvilágosítást kaptam a műtét kockázatairól és szövődményeiről. Azokat tudomásul veszem.

Beleegyezem a gyógyulásom érdekében szükségesnek tartott készítmények, gyógyszerek, vér és vérkészítmények, valamint egyéb orvos biológiai anyagok adásába. Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzakt tudomány, a műtét/beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközzel fel nem derített betegsédek, eltérések fennállása.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott vizsgálatot, kezelést, műtétet visszautasítani, illetve jelen beleegyező nyilatkozatomat a beavatkozás/műtét előtt írásban bármikor visszavonhatom. Kijelentem, hogy a visszautasítás következtében állapotomban bekövetkező változásokért, szövődményekért, gyógy eredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli.

Beleegyezem, hogy a műtét során eltávolított szerveket/szöveteket a klinikaoktatási és tudományos célra is felhasználhassa. Hozzájárulok ahhoz, hogy a műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé. Tudomásom van arról, hogy a klinikán egészségügyi személyzet, orvostanhallgatók és rezidensek képzése is folyik. Beleegyezem abba, hogy kezelésemben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete mellett – oktatási célból fenti személyek is részt vehessenek a törvény által előírt titoktartási kötelezettség betartásával.

Betegségemmel kapcsolatban tájékoztatást kaphat: nem kaphat:

Nincs további kérdésem, kellően felvilágosítottnak érzem magam és elégséges gondolkodási idő után a tervezett műtétbe beleegyezem. Továbbá beleegyezem az előre nem látható események miatti esetleges műtéti kiterjesztésbe, illetve orvosilag indokolt esetben a műtéti terv megváltoztatásába.

Szekszárd,

Beteg aláírása

Abban az esetben, ha a beteg a tervezett műtétet visszautasítja:

A beteg a megfelelő orvosi felvilágosítás ellenére a tervezett műtétet visszautasítja. Az ebből adódó esetleges következményekről tudomása van, azokról megfelelő felvilágosítást kapott.

Szekszárd.

Orvos aláírása

Beteg aláírása