

Dokumentált beteg felvilágosítás

Vesecysta bőrön keresztüli lecsapolása

Beteg neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcíme:

TAJ:

Tisztelt Hölgyem/Uram!

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 vesecystát állapítottak meg, melynek műtéti megoldása szükséges..

Milyen veszélyekkel kell számolni kezelés nélkül az Ön betegségével?

Az egyszerű cysták deréktáji tompa fájdalomon kívül egyéb panaszt, tüneteket általában nem okoznak addig, amíg a cystafal meg nem reped, illetve benn éke el nem fertőződik. Előfordulhat vérvizelés egyedüli tünetként.

Milyen kezelési lehetőségek vannak?

Hatásos gyógyszeres kezelés az Ön betegségében jelenleg nem áll rendelkezésre.

A vesecysta leszívását ultrahangvezérlés mellett bevezetett tűn keresztül végezzük, majd falakat egymáshoz tapasztó (sclerotizáló) anyagot juttatunk a már kiürített térbe, ezzel megakadályozva a cysta újbóli kialakulását.

Milyen szövődményekkel lehet számolni?

A legnagyobb körtekintés és óvatosság mellett is előfordulhatnak a műtét alatt, illetve utána szövődmények. Melyek ezek?

Beavatkozás során:

- Hasüregi szervek szúrásos sérülése, ami ultrahangos vezérlés mellett igen ritka.

Műtét után:

- Veseállományi vérzés, vérömleny.
- Véres vizelet.
- Az esetek felében a cysta újratelődik.

Mi várható a műtéttől?

A műtét után nemcsak a korábbi panaszok múlnak el, hanem megakadályozhatjuk a fertőzőes szövődmények kialakulását.

További felmerülő kérdések:

A műtéti felvilágosítás során minden Önt érintő kérdést, amire addig nem kapott választ tegyen fel orvosának! Pl.: Mennyire szükséges és sürgős a műtét? Fennáll-e valamilyen személy szerint Önt érintő szövődmény veszélye? Milyen előzetes vizsgálatok szükségesek még 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 további szövődmények, esetleges kiegészítő beavatkozások és azok kockázatai, mellékhatása, a beleegyezés korlátozása és ebből adódó esetleges hátrányok)

.....
.....

orvos aláírása

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 eszközökkel fel nem derített betegségek, 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.

Betegséggel kapcsolatban tájékoztatást kaphat:

Betegséggel kapcsolatban tájékoztatást *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 kiterjesztésébe, illetve indokolt esetben a műtéti terv megváltoztatásába.

Kivéve:

.....
.....

Szekszárd.

beteg aláírása

Abban az esetben ha 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