



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT MELLKASFALON KERESZTÜL A  
MELLHÁRTYÁN LÉVŐ ELVÁLTOZÁS ELTÁVOLÍTÁSHOZ  
(mellhártya-tükrözés helyi érzéstelenítésben)

Beteg neve: ..... Taj: .....

Születési hely:..... Születési idő:.....

Lakcím, ahol tartózkodik.....

Tel.:.....

Háziorvosának neve és elérhetősége:

.....

.....

**Tervezett műtét:..... A beavatkozást végző személy.....**

**Diagnózis: .....**

Kedves Betegünk!

Az eddigi vizsgálatok alapján szükségesnek tartjuk Önnél a mellhártyán lévő elváltozás részleges, vagy teljes eltávolítását. Ez a beavatkozás egyrészt csökkentheti a panaszait, de az elváltozás részletes, elsősorban szövettani vizsgálata várhatóan pontos diagnózishoz vezet, és ezáltal korrekt terápiás terv állítható fel.

A vizsgálat menete:

- A mellhártyán lévő elváltozás elhelyezkedésétől függően előlről, hátulról, vagy oldalról történik a tű beszúrása a mellkas bőrére keresztül, a bordák között, amellyel helyi érzéstelenítést végzünk, amely csak kis fájdalmat okoz.
- Ezt követően egy vastagabb csőszert vezetünk a bordák között a mellüregbe, amelyen át a tükrös eszköz is bevezethető és ezzel áttekintjük a mellüreget, s ha mintavételre alkalmas területet látunk, abból citológiai (sejtteni) és szövettani vizsgálatra veszünk anyagot. Gondos áttekintés után fejezzük be a vizsgálatot úgy, hogy a bevezetett eszköz helyére egy ún. drén csövet teszünk, amelyen keresztül, várhatóan néhány nap alatt levezetjük a váladékot enyhe szívóhatás alkalmazásával. Az ezzel járó fájdalom, gyógyszeres (ha kell injekciós) kezeléssel csillapítható.
- A beavatkozást követően néhány napos kórházi ápolás és megfigyelés szükséges

Lehetséges leggyakoribb szövődmények:

- Általában csak kisfokú és a fenti kezeléssel csillapodó vérzés várható, de a nem várt nagyobb vérzés esetén műtéti feltárás is szóba jöhet.
- A seb és mellüreg gyulladással szövődménye ritka, de előforduló esemény.

**Aláírással tanúsítom, hogy ezen anyag, valamint a személyes orvosi tájékoztatások nyomán betegségem természetét megértettem.** Tudomásul veszem, hogy a tudomány jelenlegi állása szerint a legjobb kezelési eredmény akkor várható, amennyiben a műtét során vett minta részletes szövettani feldolgozásra kerül, így betegségem nem csak tüneti, hanem célzott kezelése válik lehetővé. Az előzetes vizsgálatok, beavatkozások alapján pontos diagnózis, mintavétel más, kisebb megterhelést jelentő eljárással nem nyerhető, így a műtét elmaradása a pontos diagnózis megállapítását, így kezelésemet hátrányosan befolyásolja. Megerősítem, hogy jelen ismertetőn belül érthető tájékoztatást kaptam **a kezelés szükségességéről, a kezelés elmaradásának valószínű következményeiről, az előrelátható orvosi intézkedések jellegéről, lefolyásáról, terjedelméről, mértékéről, a beavatkozás lényegéről és azokról az okokról, amiért ezek orvosi szempontból előnyt jelentenek, az ezzel összefüggő, elkerülhetetlen hátrányos következményekről, lehetséges kockázatokról és szövődményekről, és veszélyekről, várható eredményekről, kilátásokról.** 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.

Az ezzel kapcsolatban felmerült kéréseimről részletes felvilágosító beszélgetés során- a kezelő (műtétet végző) orvosom kielégítően tájékoztatott. A beszélgetés során megválasztottak minden, engem foglalkoztató kérdést, további kérdésem nincs. **A feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam.**

**Elegendő gondolkodási idő után beleegyezem, hogy a felajánlott műtétet – azok ismert lehetséges veszélyeinek tudatában – rajtam az orvos elvégezze. Az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.**

**A kezelés kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek az orvosi intézkedések alkalmazása során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.**

**Alternatív megoldás:** a műtéttel megegyező hatékonyságú egyéb alternatív, nem sebészi kezelés jelenleg nem ismert, ezért javasoljuk a műtéti beavatkozást.

A beavatkozás elmaradása az Ön egészségi állapotának romlásához vezethet.

**Az erre vonatkozó tájékoztatás nyomán sem egyezem bele a kezelés (műtét) során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:**

.....  
.....

Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikus céllal eltávolított **szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálat után a laboratóriumban megőrizték** és azokból tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek, illetve a betegséggel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket az intézet tudományos céllal 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 az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben 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.

Tudomásomra hozták, hogy a **vérkészítmények** adásának engedélyezése/nem engedélyezése, a **műtéti érzéstelenítés** (anaesthesiologia) beleegyző dokumentumának aláírása külön dokumentumon szerepel.

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

A beleegyző nyilatkozat aláírását megelőzően feltett kérdések:

.....  
.....  
.....  
.....

A tervezett beavatkozásba beleegyezem.

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

Dátum:

**A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kezelést/vizsgálatot elfogadom.**

Budapest, .....

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

A tájékoztatóban leírtakat megértettem a kezelést/vizsgálatot visszautasítom, a kezelés/ vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele.

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

---

A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

Dátum:.....

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét