



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT MINIMAL INVASIV ÚTON TÖRTÉNŐ TÖLCSÉRMELLKAS REKONSTRUKCIÓS (HELYREÁLLÍTÓ) MŰTÉTÉHEZ

Beteg neve: Taj:
Születési hely:..... Születési idő:.....
Lakcím, ahol tartózkodik.....
.....
Tel.:.....
Háziorvosának neve és elérhetősége:
.....
.....

Tervezett műtét: Tölcsérmellkas kis behatolásokból történő helyreállítása fém behelyezéssel.

Diagnózis: Tölcsér mellkas

A beavatkozást végző személy:.....

Tisztelt Betegünk!

Eddigi vizsgálataink alapján Önnél tölcsérmellkas műtéti korrekcióját tervezzük. A műtét során a középső hónalj vonalban mindkét oldalon 3-4cm-es metszést ejtünk, a jobb oldalon egy kisebb kiegészítő metszéssel A műtét végén a sebüregebe, szükség esetén drain cső kerülhet, mely a képződött váladékok eltávolításához és a tüdő teljes kitágulásához szükséges.

A műtétet követően a kórházi tartózkodást a klinikai állapot határozza meg.

Lehetséges leggyakoribb szövődmények:

- Sebfertőzés
- Váladékozás
- Mellüregi vérzés
- Légmell
- Lemez kimozdulás
- Mellkasi folyadék gyülem kialakulása
- Nem teljes korrekció (elsősorban idősebb betegek aszimmetrikus (nem azonos a két oldal) deformitása esetén

Aláírással tanúsítom, hogy ezen anyag, valamint a személyes orvosi tájékoztatások nyomán betegségem természetét megértettem. Tudomásul veszem, hogy a tudomány jelenlegi állása szerint a tervezett műtét a legkisebb megterheléssel jár, és az elérhető egyik legkorszerűbb műtéti eljárás, mely azonban nem minden esetben jelent teljes helyreállítást. Más műtéti eljárásokkal összehasonlítva a tervezett beavatkozás jelenti a legkisebb műtéti megterhelést, valamint a legjobb esztétikai eredményt. A tervezett műtét elmaradása esetén a mellkasi elváltozás változatlan marad, nem műtéti eljárással állapotom nem állítható helyre.

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 kérdéseimről részletes felvilágosító beszélgetés során- a kezelő (műtétet végző) orvosom kielégítően tájékoztatott. A beszélgetés során megválaszoltak 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