



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MELLKASFALI DAGANAT MŰTÉTÉHEZ

Beteg neve: Taj:

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

Lakcím, ahol tartózkodik.....

.....
Tel:.....

Háziorvosának neve és elérhetősége:

.....

.....

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

Diagnózis:

Kedves Betegünk!

Eddigi vizsgálataink alapján Önnél mellkaszfali daganatos elváltozás eltávolítását tervezzük.

A műtét során az elváltozás felett az operáló orvossal való megbeszélés szerinti lefutású és hosszúságú metszést ejtünk, az érintett borda részlet eltávolítása után a mellkasfalat, környező mellkaszfali légyrészek felhasználásával rekonstruáljuk. A műtét végén a sebüregebe, szükség esetén drain cső kerülhet, mely a képződött váladékok eltávolításához szükséges.

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

Lehetséges leggyakoribb szövődmények:

- Vérzés
- Sebfertőzés
- Légzési elégtelenség
- Trombózis (vérrög), embólia (lehet zsír, levegő, stb. ami az érrendszerben a vérkeringés segítségével egyik helyről egy másik helyre sodródik, majd elzárja azt az érszakaszt ahol megakad)

Ismertették velem a gyógyulás kilátásait és azt, hogy a beavatkozás elmaradásából, milyen egészségkárosodás adódhat. Az írásos ismertetést követően szóbeli felvilágosítást és kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam.

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 -betegségem állapotától függően- műtéttel, vagy műtéttel és az azt követően szükséges onkológiai (daganatellenes) kezeléssel biztosítható.

A műtét elmaradása esetén betegségem kilátásai rosszabbak, onkológiai (daganatellenes) kezelésre ekkor is szükség van.

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 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 megőrizzék** 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) beleegyező dokumentumának aláírása külön dokumentumon szerepel.

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, gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli.

A beleegyező 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