



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT PAJZSMIRIGY MŰTÉTHEZ

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 a panaszokat okozó, pajzsmirigy miatt műtét indokolt. Ez a beavatkozás a betegség gyógyítását szolgálja.

A beavatkozás menetéről az operátőre ad részletes felvilágosítást.

- A beavatkozáshoz a sebészeti és intenzív osztályon tervezetten 7-10 napot kell eltöltenie
- A beavatkozás altatásban történik, melyről az anaesthesiológus kolléga világosítja fel.
- Az altatást követően a műtőasztalon való elhelyezéséről és a műteti behatolás helyéről az operáló orvos tájékoztatja. A műtét során szükségessé válhat a szegycsont teljes, vagy részleges átvágása, melynek menetéről, illetve szükségességéről operátőre tájékoztatja. A beavatkozás végén egy vagy két cső kerül a sebüregbe, mely a vér és egyéb sebváladék levezetését szolgálja, ezek tervezetten 2-3. napon kerülnek eltávolításra.

Lehetséges szövődmények:

- Vérzés
- Hangszalagbénulás
- Légcső összeesés
- Két utóbbi esetben újabb műteti beavatkozás, szükség esetén tartós gége kanül viselés lehetősége
- Csökkent pajzsmirigy és/vagy mellékpajzsmirigy funkció, mely hosszantartó, akár állandó gyógyszeres terápiát indokol
- Varratelégtelenség – a behelyezett kézi varratsorok a szöveteket átvághatják, így az adott varrat kinyílhat.
- Légmell
- Fertőzés
- Légzési keringési elégtelenség

Aláírással tanúsítom, hogy ezen anyag, valamint a személyes orvosi tájékoztatások nyomán betegségem természetét megértettem. Tudomásul veszem, hogy a tudomány jelenlegi állása szerint betegségem teljes gyógyulása csak műtéttel biztosítható, mely után további endokrinológiai vagy onkológiai (daganatellenes) kezelés is szükségessé válhat. A műtét elmaradása esetén teljes gyógyulás nem várható, csak tüneti, illetve nem kielégítő belgyógyászati/onkológiai (daganat ellenes) kezelés lehetősége. 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 egzak

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) 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, gyógyeredmény 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