



## BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT LÉGCSŐSZŰKÜLET MŰTÉTI MEGSZÜNTETÉSÉHEZ

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

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

Lakcím, ahol tartózkodik: .....

Tel.: .....

Háziorvosának neve és elérhetősége: .....

**Tervezett műtét:** a légcső krónikus, légzési nehezítettséget okozó, konzervatív(nem sebészi) kezelésre nem szűnő szűkülete miatt a szűkült szakasz eltávolítását tervezzük.

**Diagnózis:** légcső szűkülete

**A beavatkozást végző személy:** .....

Kedves Betegünk!

Eddigi vizsgálataink alapján Önnél légcsőszűkület miatt műtét elvégzése indokolt. Ez a beavatkozás a betegség gyógyítását szolgálja.

A beavatkozás menete:

- A beavatkozáshoz a sebészeti és intenzív osztályon tervezetten 7 – 10 napot kell eltöltenie.
- A beavatkozás altatásban történik, melyről az altatóorvos világosítja fel.
- A műtőasztalon való elhelyezésről, és a műtéti behatolás helyéről az operáló orvos tájékoztatja. Tervezetten a nyakon gallérszerű ívelt metszést ejtünk, szükség esetén a középvonalba a szegycsont irányában, kiegészítve a szegycsont felezésével.
- A beavatkozás végén egy vagy két cső kerül a sebüregbe, mely a vér és egyéb sebváladék levezetését szolgálja, ezek tervezetten a 2 – 3. napon kerülnek eltávolításra.

Lehetséges szövődmények:

- Vérzés
- Hangszalagbénulás
- Légcső összeesés
- Két utóbbi esetében újabb műtéti beavatkozás, szükség esetén tartós gége kanül viselés lehetősége
- Nyelőcsősérülés
- Varratelégtelenség - a behelyezett kézi varratsorok a hörgőfal szöveteit átvághatják, így az adott varrat kinyílnak.
- Légmell
- Fertőzés
- Légzési, keringési elégtelenség (100 esetből 1)

Ismertették velem a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradása milyen egészségkárosodással jár. (A betegség továbbra is fennáll és a szepikus tünetek fennmaradása más módon tartósan nem gyógyítható)

**Aláírással tanúsítom, hogy ezen anyag, valamint a személyes orvosi tájékoztatások nyomán betegségem természetét megértettem.** Tudomásul veszem, hogy a tudomány jelenlegi állása szerint betegségem jelen állapotban csak műtéttel kezelhető, a műtét elmaradása esetén csak az eddig alkalmazott, és jelenleg sem kielégítő állapotot eredményező konzervatív (nem sebészi) kezelésekre van lehetőség.

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 tájékoztattott. 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 tanuk előtt:

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

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

---

A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

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

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

Dátum:.....

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