

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

Hastükrözés diagnosztikus és terápiás célzattal (Laparoscopia)

Alulírott #!NEV;, #!BIRSZAM;, #!BVAROS; #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel:
betegségem:

2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi m tétet, beavatkozást elvégezzék:

Javasolt gyóymód:

A m tét lényege, hogy a köldökgy r ben ejtett 1cm-es metszéson át optikai eszközt vezetünk a has rbe és ennek segítségével láthatjuk a kismedencében található kóros elváltozásokat (**diagnosztikus hastükrözés**).

Terápiás célzattal történt beavatkozás során (**operatív hastükrözés**), amennyiben a helyzet kedvez , mód van a kóros elváltozások megoldására is, ilyenkor további metszések után, ún. segédbehatoláson át, újabb eszközöket vezetünk be a hasüregebe, az alhas mindkét oldalára, így eltávolíthatunk: cystákat, kóros petevezet t, méhen kívüli terhességet, nyomás méhet, endometriosisos csomókat, oldhatunk összenövéseket, stb.

A m tét leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei:

Igen ritkán, váratlan szöv dmény felléptekor, pl. nagyfokú vérzés, bélsérülés esetén, a hastükrözést hasmegnyitással kell folytatni, a m tét sikeressége és a beteg biztonsága érdekében.

A m tét el nyei:

A kóros szerv, vagy elváltozás eltávolításával a panaszok megsz nnek, az életmin ség javul.

A m tét általános érzéstelenítésben történik, amellyel a m tét teljes fájdalommentességét tudjuk biztosítani. A fájdalomcsillapítás módjáról szükség esetén az érzéstelenítést végz orvos ad részletes felvilágosítást. Az altatóorvos utasításait tartsa be, a m tét napján ellen rizzze a teend ket!

A helyette alkalmazható gyóymódok:

Amennyiben a m tétet hasmegnyitással kell folytatni, vagy befejezni, akkor több szöv dmény léphet fel (pl. vérzés, sebgyógyulási zavar), hosszabb a gyógyulási id is.

3. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetér l és céljáról, a várható el nyökr l és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelel tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye. Felmerült kérdéseimre választ kaptam.

4. A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokba, amelyek a m tét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, feltétlen és visszavonhatatlan beleegyezésemet adom** (pl. a tervezett m tét l való eltérés).

5. Tudomásul veszem, hogy a m tétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.

6. **Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l fénykép vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé, személyiségi jogaimat nem sértheti.**

7. **Tudomásom van arról, hogy a gyóymintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felel s személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.

8. **Tudomásul veszem, hogy az egészségi állapotom indokolt szakszer ellátás érdekében** m tétet vagy rajtam végzend beavatkozást az osztályvezető orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.

9. **A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.**

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a m tétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a teljes felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól teljes körben mentesítek. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

Jelen nyilatkozat aláírásával feltétlenül és visszavonhatatlanul lemondok a Velük, és az Intézménnyel szembeni, ebből eredő mindennemű igényemről.

A fenti tájékoztatást tudomásul vettem, ezt megértettem, kérdéseimre választ kaptam. A szükségessé váló vizsgálatok, beavatkozások elvégzéséhez hozzájárulok, kérem a m tét elvégzését.

További kérdésem a beavatkozással kapcsolatban nincs.

dátum

Kórlapszám:

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő, vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása