

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉSR L

Alulírott _____ (név). _____ (lakcím) szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem dr _____ az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhető (megfelel rész aláhúzendő): **húgyhólyagdaganat (ami vagy els dlegesen a húgyhólyagban alakult ki, vagy a környezetben a húgyhólyagra terjed rá), mely a húgyhólyag izomzatát besz rí és/vagy nyirokcsomó, esetenként távoli szerv(ek)ben áttétet képez.**

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

1Férfiaknál: *Cysto-prostatectomia radikalis, Exstirpatio vesiculae seminalis, Lymphadenectomia regionalis, radikalis bilateralis, egyéb:* _____

2N knél: *Cystectomya radikalis, Exstirpatio uteri, Adnexectomia l.u., Lymphadenectomia regionalis, radikalis, bilateralis l.u.egyéb:* _____

3Mindkét nemnél:

4Continens reservoir kialakítása: _____

5Incontinens reservoir kialakítása: _____

6Egyéb: _____

7

8Javasolt gyógymód, mely (magyarul): **A húgyhólyag radikális eltávolítása férfiaknál a prosztatával és az ondóhólyagokkal, esetenként a húgycs vel, n knél a méhvel és a petefészkekkel, a regionális nyirokcsomókkal.**

9Amennyiben vakbél eltávolítás a m tét el tt nem történt, annak kivételét is elvégezzük.

10A húgyhólyag eltávolítása a vizelet elterelésének szükségessé válását is jelenti. Erre el zetes javaslatunk:

11

12annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei, illetve várható el nyei: **Az ilyen nagy m tégi beavatkozásoknak számtalan veszélye van, minden típusú szöv dmény el fordulhat a m tét alatt és után is. Mivel a húgyhólyag eltávolítása elkerülhetetlenül a vizelet elterelését vonja maga után, ezen m téték szöv dmény lehet ségeit is figyelembe kell venni. A vizeletet legtöbbször bélszakaszból kialakított póthólyagba vezetjük el, mely lehet katéterezhető, állandó vizelet elfolyással nem járó m tégi megoldás, vagy lehet állandó vizelet elfolyással járó, a testen kívül viselt vizelet tartály alkalmazását szükségessé tev megoldás is.**

13A m tét el tt javaslatot teszünk az általunk ajánlott vizelet elvezetési m tégi típusra, de ezt a m tét során talált lelet, az anatómiai helyzet megváltoztatja, ezért más megoldás kialakítására kényszerülhetünk a m tét során.

14Egyéb: _____

15

16A leggyakoribb szöv dmény lehet ségek: **bélh dés, bélcsavarodás, sebfert zés, hányinger, hányás, rossz közérzet lázas állapot, vérmérgezés, vese-, hashártyagyulladás, tüd embólia, mélyvénás trombózis keletkezése, tályogképz dés, elhúzódó sebváladékozás, nyirokfolyás, gyomor-, nyombélfekély kialakulása, vizelet sipoly képz dés a hasüreg-, illetve a külvilág felé, veseelégtelenség, egyéb:** _____

17

18és a helyette alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátrányai: **sugárkezelés, kemoterápia alkalmazása.**

19Ezek veszélyei: **a daganat nem reagál a kezelésre és továbbterjed, a csontvel átmeneti, vagy tartós károsodása, rossz közérzet, hányinger, hányás, lázas állapot, vérékenység,** egyéb: _____

20

1. 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 módzatairól **megfelel tájékoztatást kaptam.** Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

2. A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek.**

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

4. Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.

5. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben 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.

6. Tudomásul veszem, hogy az **egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátás érdekében** a műtétet vagy rajtam végzendő beavatkozást a vezető orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény előírásainak figyelembevételével.
7. 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 műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeire a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

dátum

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő vagy meghatalmazott hozzátartozó aláírása

I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegt 1, vagy illetékes személyt 1 hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, úgy ítéljük meg, hogy **SÜRGŐSSÉGI MŰTÉT SZÜKSÉGES**.

dátum

1. orvos aláírása

2. orvos aláírása

II. AMBULÁNS BEAVATKOZÁS ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉSBEN

Ambuláns beavatkozás esetén közlöm az orvossal, amennyiben az utolsó hat órában a beavatkozás előtt ettem vagy ittam. Tudomásul vettem, hogy a beavatkozás befejezése után még nem tanácsos egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, netán szeszes italt fogyasztanom.

dátum

a beteg törvénye képviselője,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS MEGTAGADÁSA

A fenti tájékoztatás ismeretében az alábbi műtét, beavatkozás, illetve kezelés elvégzésébe nem egyezem bele:

dátum

a beteg, a törvényes képviselője,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

1. tanú aláírása

2. tanú aláírása