

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
(**invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.**)

**AKUT HASI KATASZTRÓFA/VÉRZÉSMŰTÉT**

**I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ**

**Tisztelt Betegünk!**

Önnek érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa el a tájékoztatót. Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

**I. Beavatkozás megnevezése:**

Akut hasi katasztrófa/vérzés

**II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:**

Akut hasi katasztrófa klinikai tünetei esetén a háttérben megbúvó elváltozás pontos eredete nem minden esetben mondható meg, bizonyos klinikai, labor és képalkotó leletek indirekt jelei alapján következtetünk a kiváltó okra. Összességében elmondható azonban, hogy sürgős sebészeti beavatkozás nélkül a szervezetben olyan visszafordíthatatlan elváltozások következnek be, ami szinte kivétel nélkül fatális kimenetelhez vezet.

Akut hasi katasztrófa/vérzés műtétje során az esetek többségében nyitott hasi műtét (ha van rá lehetőség kulcslyuk technikával) keretében áttekintjük a hasüreget és megkeressük a betegséget kiváltó okot/vérzésforrást és ennek függvényében határozzuk meg a műtét típusát.

Bélelzáródás mechanikai akadály miatt (tumor, összenövés), üreges szerv heveny átfúródása (pl.: gyulladása miatt) leggyakoribb okok.

Ennek megfelelően a műtéti megoldás állhat csak az átfúródás elvarrásából, összenövések megszüntetéséből, de előfordulhat, hogy gyomor-, vékony és /vagy vastagbélszakaszt is el kell távolítani. Mivel akut hasi katasztrófa miatt végzett műtétet mindig sürgősséggel végezzük, az előkészítés hiánya miatt szennyezett bélrendszerrel kell dolgozni. Ebben az esetben vastagbélszakasz eltávolításkor a bélvégek elsődleges egyesítésére nincs lehetőség, így a vastagbelet a hasfal szintje elé kell kivezetni stoma formájában. A műtét után a stoma kezelésére osztályunkon megtanítjuk, stoma terápiás eszközökkel ellátjuk. Rosszindulatú daganat eredetű bélelzáródás műtétje utána daganatellenes gyógyszeres vagy sugárterápiás utókezelésre van szükség. A stoma zárására a bélzáródást kiváltó okot figyelembe véve. Néhány héttel, vagy hónappal a bélelzáródás miatti műtét után kellő kivizsgálást követően kerülhet sor.

**III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:**

Életminőség javulása, egészség visszanyerése, fájdalom megszűnése, terhelhetőség növekedése.

**IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázatai:**

A leggyakoribb műtéti szövődmények közül a sebgyógyulást, varratelégelést, újravérzést említjük meg, az utóbbiak kialakulásánál ismételt műtéti beavatkozásra lehet szükség. Speciális szövődmény léphet fel a stomával kapcsolatban. Ennek keringési zavara, a hasfalról történő leválása esetleges újbóli műtéti beavatkozást igényelhet.

**V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:**

Bizonyos műtéti kockázatokat nem kell vállalni.

**VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:**

Állapotrosszabbodás, súlyos vérmérgezéses állapot, halál, tartós életminőség romlás, tartós egészségkárosodás, hosszan tartó fájdalom.

**VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás során:**

Húgyhólyag katéter behelyezés, centralis vénás kanül behelyezés, gyomorszonda levezetése, gerincbe vezetett fájdalomcsillapító kanül behelyezése

**VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Műtetre alkalmatlan betegnél utolsó esélyként antibiotikum alkalmazása, gyomorszonda levezetése, bélelzáródás esetén bélmozgató gyógyszerek alkalmazása jön szóba, de akut hasi katasztrófa, vérzés esetében gyógyulás sikerével kecsegtető alternatív lehetőségek nincsenek.

**IX. A beavatkozás várható kimenetele:**

Gyógyulás, egészségi állapot javulás, életminőség javulása.

**X. Beavatkozást követő életmód:**

Hat hétig a fizikális megerőltetéstől, haspréstől tartózkodjon, a műtéti sebet tisztán és szárazon tartsa, a javasolt gyógyszereket alkalmazza. Stoma esetén a kivezetés kezelése.

## II. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve: .....

Beteg neve: .....

Születési ideje: ..... TAJ száma:.....

**A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:**

Egészségi állapot, ennek orvosi megítélése:

.....  
.....  
.....

**A javasolt beavatkozás megnevezése:**

.....

**A javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázatai a Beteg esetében:**

.....  
.....  
.....

**Lehetséges alternatív eljárás, módszer a Beteg esetében:**

.....  
.....  
.....

**A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:**

.....

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele a Beteg esetében:**

.....  
.....  
.....

**További ellátások, javasolt életmód a Beteg esetében:**

.....  
.....  
.....

**A beteg kérdései:**

.....  
.....  
.....

**A kérdésekre adott válaszok:**

.....  
.....

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéni**esített, teljes körű tájékoztatást a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest, .....

A beavatkozást végző orvos neve: .....

aláírása, pecsétje

## Tisztelt Betegünk!

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógymód kiválasztására kerül sor.

A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen. A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

### ***A BETEG (VAGY KÉPVISELŐJE) TÖLTI KI:***

1. E nyilatkozatot a Szent Margit Kórház keretében kezelt *[Kérjük, húzza alá a megfelelőt!]*

- **betegként**
- a beteg **törvényes képviselőjeként** adom.

*(A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)*

2. **Kijelentem**, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógymódok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.

3. **Felkérem és felhatalmazom** a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.

4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:** *(ha nincs ilyen, kérjük ezt a részt áthúzni)*

.....  
.....

*(Kérjük, itt jelölje meg, mibe nem egyezik bele akkor sem, ha annak elmaradása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)*

5. **Tudomásul veszem**, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli. **Tudomásul veszem**, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

6. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körültekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

7. **Beleegyezem** abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizték.

8. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

9. **Tudomásomra hozták**, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.

10. **Kijelentem**, hogy a javasolt gyógyomódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

11. **Kijelentem** továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírásommal is megerősítem.

**A beavatkozással kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.  
A beavatkozással kapcsolatos betegtájékoztatót elolvastam.**

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli betegtájékoztató tartalmát **megértettem és elfogadom, ezek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.**

Kelt: Budapest, .....  
a beteg vagy képviselője aláírása

Név és lakcím (ha nem a beteg, hanem a képviselője írta alá):

.....

Tanúk (*név/aláírás/lakcím*) – ha szóban vagy más módon tette a nyilatkozatot a beteg:

1.

.....

.....

2.

.....

.....

## SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg jelenlegi egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes. A képviselője nyilatkozatának beszerzése olyan késedelemmel jár, mely a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi beavatkozás elvégzése szükséges.

Kelt: Budapest, .....

.....  
beavatkozást végző orvos  
aláírása, pecsétje

.....  
osztály-/ügyeletvezető orvos  
aláírása, pecsétje