

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

E P E M Ű T É T

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:

Epeműtét(nyitott vagy laparoscopos)

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A műtétet altatásban végezzük. A technika fejlődése lehetővé tette, hogy az epehólyagot ú.n. „laparoskopos” módszerrel távolítsuk el. Ha azt jelenti, hogy a hasüreget nem nyitjuk meg has metszés során, hanem egészen kis nyílásokon keresztül csöveket, műszereket vezetünk be a videó rendszer segítségével végezzük a beavatkozást.

Ennek előnyei: A kisebb műtéti megterhelés, a rövidebb kórházi tartózkodás és gyógyulási időszak, kevesebb fájdalom, a jobb kozmetikai eredmény. Természetesen műtét közben kiderülhet, hogy mégis has metszésre kényszerülünk, azonban ennek esélye 1-6%. A műtét lényege az, hogy a köveket tartalmazó epehólyagot eltávolítjuk. Ez lényegesen nem fogja befolyásolni a beteg további sorsát, csupán a májban termelődő epe ezután folyamatosan jut a vékonybélbe az epecsatornán keresztül.

Amennyiben nem lehetséges a hasüreget jobb bordaív alatti metszésből nyitjuk meg.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

Életminőség javulása, egészség visszanyerése, fájdalom megszűnése.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

A kezelés eredményességéért, a rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. A kis kimetszések alkalmazása természetesen nem jelent kis műtétet is. A szövődmények aránya a laparoskopos műtétek után alacsony kb.1-3%. Műtét alatti szövődmény lehet vérzés, epecsatorna vagy más hasüregi szervek falának sérülése. Ezek jelentős része azonban még műtét alatt észrevehető és korrigálható. A műtét utáni szakban előfordulhat epecsorgás, utóvérzés, sebváladékozás, alsó végtagi mélyvénás trombózis. Emiatt említettük, bizonyos esetekben hagyományos hasi műtétre kényszerülhetünk, és ismételt műtétre is sor kerülhet. Szövődmények kialakulásának okozója lehet fennálló egyéb kísérőbetegség is (magas vérnyomás, különféle

szívbetegségek, cukorbetegség stb.) A műtét után az Önt operáló orvos természetesen tájékoztatni fogja a valós műtéti helyzetről és az elvégzett beavatkozásról.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

Bizonyos műtéti kockázatokat nem kell vállalni.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

heveny epehólyag gyulladás, epeúti kövesség, hasnyálmirigy gyulladás, epehólyag átfürödés, hashártyagyulladás, vérmérgezés, halál

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

Húgyhólyag katéter behelyezés, centralis vénás kanül behelyezés, gyomorszonda levezetése,

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

epekőeltávolítás jelenleg csak műtéti úton lehetséges

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

A laparoszkopós epehólyag eltávolítás gyógyulási eredménye világszerte nagyon jó, kicsi a műtéti kockázat, nem változtatja meg az operált aktivitását, munkaképességét. Célunk az, hogy ne szoruljon élete végéig kényelmetlen diétára.

X. Beavatkozást követő életmód:

Műtét után a kórházban tartózkodási idő általában 3-5 nap, a műtét előtti aktivitás visszatérése általában 2-3 hét múlva várható. Mindezeket természetesen a kísérő betegség(ek) megléte, az esetleges szövődmények, a beteg állapota és munkaköre befolyásolhatják.

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, szövetszövetmintákat 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 gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődéséről 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