

---

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
(invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.)**Emlő műtét előtti ultrahang vagy röntgen vezérelt drótjelölés****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:**

Emlő műtét előtti ultrahang vagy röntgen vezérelt drótjelölés

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

Emlő műtét előtt, a műtét napján a kóros, nem tapintható elváltozás pontos lokalizálására ultrahang vagy röntgen vezérelt drótjelölést végzünk az operáló sebészorvos kérésére.

A jelölés menete: Az elváltozást képi vezérléssel a korábbi vizsgálati leírásokkal egyeztetve lokalizáljuk.

Bőrfertőtlenítés után, steril körülmények között, helyi érzéstelenítést alkalmazva az elváltozáshoz igen közel a bőrön kis metszést ejtünk. Ezen keresztül képi vezérelve steril jelölődrótot helyezünk az elváltozásba, illetve annak közelébe, majd a drótot rögzítjük. Ezt követően kontroll 2 irányú rtg. felvétel készül az emlőről, a jelölődrót pontos helyének megítélésére. Az operáló orvost írásban tájékoztatjuk a jelölés eredményéről.

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

A jelölődrót behelyezésével a nem tapintható elváltozás helyének pontos lokalizálása történik, ezáltal a műtét során az eltávolítandó emlőrészlet nagysága optimalizálható. Az eltávolított képletről specimén röntgen, illetve ultrahang vizsgálat készül, ezzel tudjuk beazonosítani, hogy a kóros képlet egészében eltávolításra került-e és a metszési szélek radiológiailag épek-e.

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

Az eljárás biztonságos, szövődmény igen ritkán fordul elő. Az érzéstelenítő beadása kis tűszúrásnyi fájdalommal jár. A beszúrás helyén ritkán vérömleny keletkezhet. Igen kis valószínűséggel nagyobb vérzés, esetleg egyéb szervsérülés is kialakulhat. Bármilyen szokatlan tünetet érez (légszomj, erős fájdalom) jelezze kezelőorvosának.

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

Nem ismert.

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

A beavatkozás elmaradása esetén a nem tapintható képlet műtéti eltávolítása nehezebben kivitelezhető a pontos lokalizáció hiányában, ennek megfelelően az optimálisnál nagyobb emlőrészlet kerülhet eltávolításra. Igen ritkán, a kis, nem tapintható elváltozás jelölés hiányában nem kerül eltávolításra a műtét során.

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

A kóros képlet műtéti eltávolítása. .

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

Intézményünkben jelenleg nem áll rendelkezésre.

**IX. A beavatkozás várható kimenetele:**

A jelölődrót az elváltozásban, illetve annak közelében van, így a műtét sikerességét nagyban elősegíti.

**X. Beavatkozást követő életmód:**

A műtét időpontjáig a jelölődrót kirántása elkerülendő.

## II. BELEEGYZŐ 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 kockázata 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**sített, 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 megfelelő!]*

- **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 gyógymódról, 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 aláírással 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