

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

**EPEHÓLYAG ELTÁVOLÍTÁS NYITOTT VAGY
LAPAROSCOPOS MÓDON**

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:

Laparoscopos vagy nyitott cholecystectomy

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A hasüreg felfűvése gázzal. A kóros tartalmú vagy funkciójú, esetleg elváltoást mutató epehólyag műtéti eltávolítása a tartalmával együtt. Vérzéscsillapítás, drain behelyezés. Hasfali sebek zárása. A műtéti lelettől, a műtét eseményeitől függően a műtét nyitottá változtatása-konvertálása válhat szükségessé az ellátás biztonsága érdekében.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A javallatot képező kórfolyamattól való mentesülés, annak kockázataival és szövődményeivel együtt.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

Fájdalom, vérzés, átmeneti vagy tartós hasmenés, hasúri vagy hasfali fertőzés, epecsorgás, kapocsleesés, epeútsérülés, epeútelzáródás, epekővándorlás, újabb műtétek szükségessége, eperokkantság, májátültetés veszélye, hashártyagyulladás, szepszis halál, epeútszűkület, sárgaság kialakulása, további beavatkozások szükségessége, májsérülés, máj ereinek sérülése, célszertől eltérő szervek sérülése, sérvképződés. Vastagbélrák kialakulási kockázatának enyhe emelkedése. Szükség esetén hasi feltárás, a műtét nyitottá konvertálása válhat szükségessé.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

A műtét egyes kockázataitól való mentesülés.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Epehólyaggyulladás annak veszélyeivel, epegörcsök veszélye. Epehólyagrak kialakulásának kockázata. Epekővándorlás következtében kialakuló epeútelzáródás, epeútyulladás, hasnyálmirigy gyulladás.

VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás

során:

Húgyhólyag katéter behelyezés, castratio, centralis vénás kanül behelyezés, hálóbeültetés, a műtét kiterjesztése az ellenoldali területre. Introperatív kontrasztos röntgen vizsgálat, epeúti reconstructio, többszörös, drainbehelyezés.

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Gyógyszeres kezelés, mely a műtétet nem helyettesíti.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

Gyógyulás, egészségi állapot javulás, életminőség javulása. A műtétet indokló állapot kockázatainak és szövődményeinek veszélyének csökkenése

X. Beavatkozást követő életmód:

Diéta tartása, két hétig hasprés kerülése. A javasolt gyógyszerek használata.

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 gyógmód 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 gyógmódok 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 szövetszövetmennyeiről 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