

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

V A K B É L 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:

Vakbélműtét

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

Napjainkban a laparoscopia elterjedésével a vakbélműtétet is kevés esettől eltekintve így végezzük. Ilyenkor a hasüreget egy speciális üreges tűn keresztül CO₂-vel feltöltjük, majd 3 csatornát (portot) vezetünk a hasüregbe. Műtét során ugyanúgy felkeressük, felszabadítjuk a feregnyúlványt, melyet tövénél műanyag kapsokkal zárunk. Laparoscopos műtétnél nincs csonkbuktatás, de megfelelő indikáció és műtéti technika esetén, ez a beteget nem veszélyezteti. Műtét során a hasüreg átmosására ugyancsak lehetőség nyílik. Az átvágott feregnyúlványt a munkacsatornán keresztül eltávolítjuk. Ezen sebzéseknél az esetek döntő részénél, elegendő csak a bőr sebét zárni. A laparoscopos műtét igazi előnye, appendicitis esetén a bizonytalan eseteknél van, mert lehetőséget nyújt a többi hasúri szerv megtekintésére a műtét során, és a hasonló tüneteket okozó egyéb betegségek felderítésére.

Amennyiben laparoscopos műtét nem lehetséges, vagy a műtéti lelet indokolja, típusos jobb alhasi metszésből, vagy a hasüreg közepvonali megnyitása után operáljuk.

Ritkán előfordulhat, hogy a műtét során talált egyéb kóros elváltozások miatt a műtét kiterjesztésére kényszerülünk. Műtét előtt antibiotikumot adunk, a kórházi ápolás időtartama alatt, majd a későbbiekben otthonában is vérrögösödést gátló injekciót kell alkalmazni. Az első napokban a beteg folyadékot, majd pépes étrendet fogyaszt, a puffasztó, szénsavas, túlságosan rostos anyagok bevitelét kerülni kell. A felépülési idő rövid, a hazai gyakorlat változó, általában 3-5 napos kórházi bennfekvést igényel.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

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

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázatait:

Abszolút garanciát a betegség kezelésével és a műtéttel kapcsolatban egyetlen orvos sem vállalhat. Az orvosi beavatkozások általános veszélyei, mint a thrombosisok, embóliák, melléksérülések, utóvérzések azonban - az orvostudomány haladása következtében - rendkívül ritkává váltak, s ellenük ma már sokkal többet tudunk tenni, mint régebben. A tervezett beavatkozás általában egyszerű, veszélymentes, eltekintve azon esetektől, amikor összenövés vagy a feregnyúlvány szokatlan



elhelyezkedése nehezíti a munkánkat, illetve, ha a féregnyúlvány perforatioja miatt gennyes hashártyagyulladás is fennáll. Ez utóbbi esetben kiegészítő hasmetszésre is sor kerülhet

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

Bizonyos műtéti kockázatokat nem kell vállalni.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Bélátfúródás, hashártyagyulladás, vérmérgezés, halál.

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

Húgyhólyag katéter behelyezés, centralis vénás kanül behelyezés, a műtét kiterjesztése, gyomorszonda levezetése

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Széles hatású, vénásan alkalmazott antibiotikum, infúzió alkalmazása, valamint fájdalomcsillapítás s lokális hűtés, jegelés lehet alternatív módszer. A gyógyulási esélye azonban sokkal bizonytalanabb, a gyógyulás folyamat elhúzódó, ezért ezt a módszert csak igen rossz állapotban lévő, műtétre alkalmatlan betegek esetében, mint végső megoldást alkalmazzuk.

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.

II. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve: OEP kód:.....

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 gyógy mód 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 Budapesti 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 gyógy módok 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 döntsék 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