



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

### HASNYÁLMIRIGY MŰTÉT

#### 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:

Hasnyálmirigy műtét

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

A műtétet altatásban végezzük, részleteiről az altatóorvostól kap felvilágosítást.

A műtéti behatolás általában a has felső felében ejtett ívelt harántmetszés, de lehetséges a laparoszkópos eljárás is, melynek során az altatott beteg hasüregét szén-dioxid gázzal fújjuk fel, majd megfelelő pontokon 5-10 mm-es bőrmetszések után csöveket vezetünk a hasüregbe, melyeken keresztül operációs kamera, illetve a műszerek vezethetők be.

Az eljárás előnyei:

- kisebb műtéti megterhelés,
- rövidebb kórházi tartózkodás és gyógyulási időszak,
- kevesebb fájdalom,
- jobb kozmetikai eredmény.

A hasnyálmirigy bal felében lévő daganatoknál a hasnyálmirigy farokrészének eltávolítása, a fejben és a jobb félben lévő tumoroknál a hasnyálmirigy jobb felének eltávolítása szükséges. Minden esetben a környező nyirokcsomók is eltávolításra kerülnek.

A jobb oldali műtételnél a hasnyálmirigy fejjel együtt az attól el nem választható patkóbél is eltávolításra kerül.

A megmaradt hasnyálmirigy, a gyomor, a fő epevezeték és a vékonybél között megfelelő összeköttetéseket készítünk varratok segítségével. Általában az epehólyagot is eltávolítjuk, egyes esetekben a lép is eltávolításra kerül.

A műtét kapcsán egy-vagy több hasúri cső kerül bevezetésre. Orrán keresztül szondát vezetünk a gyomrába, hólyagkatéter kerül a húgyhólyagba. A vékonybélbe átmeneti táplálást biztosító vékony szondát helyezünk.

Műtétet követően az intenzív osztályra kerül a beteg

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

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

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

##### **A betegre háruló kockázatok**

Valamely beavatkozás abszolút kockázatmentességét egyetlen orvos sem garantálhatja.

Általában műtéti kockázatnak az eredménytelenség illetve az szövődmények valószínűségét nevezzük, amelyek a szakmai szabályok betartása mellett is előállhatnak, bekövetkeztek előre nem látható és teljes biztonsággal nem védhető ki.

Értelemszerű, hogy ezekért a sebészt nem terheli felelősség, ezt a (minimális) kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtétnek. Ilyen kockázati tényezők pl.: a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtéti beavatkozásra.

##### **Vérzés, utóvérzés**

A műtét során megfelelő módszerekkel a vérzéseket csillapítjuk, mégis néhány százalékban előfordulhat utóvérzés, melyet a csövön (drainen) ürülő vér mennyiségéből, a seb megtekintéséből és megtapintásából, valamint egyéb jelekből lehet észlelni. Ebben az esetben szükség lehet a műtéti terület újbóli feltárására és a vérzés műtéti csillapítására. Egyes esetekben műtét nélkül is elérhető a vérzés megállása. Szükség lehet vér és/vagy vérkészítmény adására.

##### **A műtéti seb fertőződése, gennyedése**

A műtét steril körülmények között zajlik, de ennek ellenére előfordulhat a műtéti seb befertőződése, elgennyedése. Ilyenkor szükség lehet a seb feltárására. Sebészétválásnál újabb műtéti beavatkozásra, ismételt hasi varratra lehet szükség.

##### **Varratelégtelenség**

A bél-, hasnyálmirigy-, gyomor-, illetve epeúti varratok elégtelensége különböző okok miatt jöhet létre, ennek következménye a gyomor- béltartalom, epe-, illetve hasnyálmirigy váladék hasüregbe jutása, következményes hashártyagyulladás, illetve tályogképződéssel. A felderített varratelégtelenség miatt a legtöbbször újabb műtéti beavatkozásra lehet szükség. A kialakuló tályog esetleg ultrahang vagy CT vezérelve leszívható, és becsővezhető.

##### **Tromboembóliás szövődmények**

Mint minden műtéti beavatkozásnál, ezen műtétknél is a nagyobb vénákban vérrög (thrombosis) alakulhat ki, mely leszakadva egy másik ér ürterét elzárhatja (embolia). Megelőzésére véralvadást gátló anyagot - kis molekulásúlyú heparin injekciót a has bőre alá - adunk, mely kétségtelenül vérzékenységhez, egyes esetekben súlyos véralvadási zavarhoz vezethet.

##### **Bélműködési zavarok**

Mint minden hasi műtét után, a hasnyálmirigy daganat miatt végzett műtétek után is felléphet kisebb-nagyobb bélműködési zavar. A székletrendezéshez szükség szerint beöntéssel vagy hashajtással, bélmozgató gyógyszerek adásával járulunk hozzá. A műtét okozta bélösszenövés későbbiekben is okozhatnak bélműködési zavarokat, melyek akár műtétet igénylő bélelzáródáshoz vezethetnek

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

Bizonyos műtéti kockázatokat nem kell vállalni.



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

Állapotrosszabbodás, gyomorürülési zavar, gyomorvérzés, bélelzáródás, hashártyagyulladás, sárgaság, májelégtelenség, vérmérgezés, életminőség romlás, távoli áttétek képződése, egészségkárosodás, fájdalom, halál.

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

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

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

Gyógyszeres kezelés, mely sem gyulladásos sem daganatos megbetegedések tekintetében nem nyújt sok esélyt a teljes gyógyulásra

**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. BELEEGYZŐ 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 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 **egyéniestett, 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 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 orvosi 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 körütekintés 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 megőrizzék.

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