

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

VÉGBÉL TÁLYOG, SIPOLY MIATT VÉGZETT 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:

Végbél tályog, sipoly miatt végzett műtét

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A be nem olvadó tályog párakötéssel, ülőfürdővel, ritkán visszahúzódnásra készíthető. Gennyes folyamat kialakulásakor széles műtéti feltárást kell végeznünk. - A műtéti érzéstelenítésről részletes felvilágosítást az altatóorvos ad. - A sebet nyitva kezeljük, feltárást követő időben rendszeres kötéscseréket végzünk. A gyulladás fokának megfelelően antibiotikum védelmet biztosítunk. A tályogfeltárási időtartama fél órán belüli. A tartósan fennálló végbélsipolyok kezelésének egyedüli módja a járat feltárása, falának kimetszése, és a seb nyitott kezelése. Típusos esetben a járat független a végbél záróizomzatától, így szabadon feltárható. Magasra nyúló sipoly esetén a végbél záró funkciójának megtartása érdekében a műtéti területen fonalat/gumit fűzünk át, melyet a műtét utáni napokban tervezetten megcsomózunk, egészen a fonal átvágásáig. A műtét várható időtartama 1 órán belüli. A műtét után a beteg kórtermébe kerül vissza. A sebbe helyezett kötszert a műtét utáni napon eltávolítjuk. A nyitott sebkezeléssel együtt jár a műtét utáni rendszeres kötéscsere és ülőfürdőztetés. Hazabocsátást reakciómentes, sarjadó seb esetén javasolunk.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

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

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

Vérzés, sebgyógyulási zavar, thrombembolia, széklet inkontinencia

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

Bizonyos műtéti kockázatokat nem kell vállalni.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A műtét elhagyása esetén a végbéltályogok életet veszélyeztető gyulladásos állapotot, generalizált szepszist eredményezhetnek. Végbélsipolyok esetén tartós végbél körüli váladékozás, fájdalom, időszakosan gyulladás jöhet létre. A műtét közvetlen szövődményei közül a végbél záróizomzatának sérülése a leggyakoribb, mely széklet visszatartási nehezítettséget okoz. Ez további műtéti kezelést

igényel. A gyulladásos folyamat előrehaladása további feltárásokat kívánhat. Hosszú távon daganatos elfajulás alakulhat ki. A közvetlen műtét körüli fájdalom, a kötözés és fonalmeghúzások fájdalma gyógyszeresen jól kezelhetők.

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

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

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

A be nem olvadó tályog párakötéssel, ülőfürdővel, ritkán visszahúzóásra készíthető. Gennyes folyamat kialakulásakor széles műtéti feltárást kell végeznünk.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

Gyógyulás, egészségi állapot javulás, életminőség javulása.

X. Beavatkozást követő életmód:

A feltárt tályogot minden esetben nyitottan kezeljük, ami a beavatkozást követő napokban, a rendszerint még váladékozó seb rendszeres tisztítását, kötéscseréit jelenti. A beteg otthonába bocsájtása csak a már egyértelműen gyógyulásnak indult folyamat esetén, láztalan állapotban lehetséges. A teljes gyógyulásig kontroll vizsgálatokra járó betegként kell megjelennie. Ezen túl a szokásos higiénés rendszabályok fokozott betartása javasolt. Étkezési megszorítások nincsenek.

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 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 **egyéniesített, 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 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 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 körütekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

7. **Beleegyzem** 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 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