

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott (név) (szül. idő) kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, szül. idő, rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

A DAGANATOS PROSZTATA, ONDÓHÓLYAGOK, KISMEDENCEI NYIROKCSOMÓK NYÍLT MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSA (RADICALIS PROSTATECTOMIA)

- A beavatkozás célja:** Az igazoltan rosszindulatú daganatos prosztata műtéti eltávolítása, ondóhólyagokkal és kismedencei nyirokcsomókkal. Amennyiben a daganat a prosztatára lokalizált, teljes gyógyulást eredményezhet.
- A beavatkozás menete, technikája:** Köldök alatti hosszanti metszésből feltárjuk a férfi kismedencét, a fali nyirokcsomókat eltávolítjuk, majd a húgyhólyag alatt lévő prosztatát, ondóhólyagokat kireparáljuk, műtétielt eltávolítjuk. A húgycső csonkot a húgyhólyaggal egyesítjük a behelyezett katéter mellett. A sebet zárjuk. Katéter viselés általában 12-14 napig szükséges.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés a műtét során. Átmeneti nyirokcsorgás, nyirokgyülem a műtéti területen. Elhúzódó sebgyógyulás, pl. sebgyógyulás. Mélyvénás thrombosis, embolia. Merevedési zavar. Enyhe, legtöbbször átmeneti vizelettartási zavar (csepegés). Ritkán teljes inkontinencia. Az ondóürülés, nemzőképesség megszűnése várható. Nagyon ritkán súlyos vérzés, vérmérgezés, mely halálos szövődményt okozhat. Ritkán egyéb súlyos állapotokat előidéző szövődmények kialakulhatnak. Műtőben történő egyéb balesetek előfordulhatnak.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A prosztatára lokalizált rosszindulatú daganat legeredményesebb kezelése a dűlmirigy radikális műtétielt eltávolítása. Elmaradása esetén idővel a rosszindulatú daganat terjedése, növekedése, áttétképzése valószínű, végül a beteg halálát okozza.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:**
Sugárkezelés: a műtéti kezeléstől várható eredményeket nem éri el, a lokálisan előrehaladott prosztata daganat kezelésére ajánlott.
Hormonkezelés (Teljes Androgén Bloká): a daganat növekedését lassítja, átmenetileg gátolja. Lokálisan előrehaladott, előrehaladott, áttétes esetekben javasolt.
- Fentiekkal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!



MARKUSOVSZKY
EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ
SZOMBATHELY

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház
Székhely: 9700 Szombathely • Markusovszky L. u. 5.

Urológiai Sebészeti Osztály

TAM

CERT
• MSZ EN ISO 9001 •
• MSZ EN ISO 14001 •
• MSZ 28001 •
• MEES •

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az F-B-04. „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.