

## 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 VESE (ÉS MELLÉKVESE) RADIKÁLIS NYÍLT MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSA (RADIKÁLIS NEPHRECTOMIA)

- A beavatkozás célja:** A daganatos vese radikális műtéti eltávolítása, mely vesére lokalizált daganat esetén teljes gyógyulást eredményezhet.  
Kiterjedtebb daganat esetében a daganat szövet mennyiségének csökkentésére is végezzük a műtétet a további onkológiai kezelés hatékonyságának növelésére.
- A beavatkozás menete, technikája:** Oldal vagy hasi metszéből közelítjük meg a daganatos vesét, melynek ellátó ereit lekötjük, a vesét a zsíros tokjával (és a mellékvesével) együtt eltávolítjuk, szövettani vizsgálatra küldjük. A sebet zárjuk.  
Szakmailag indokolt esetben szóba jön laparoszko-pos eltávolítás is, ahol a metszések kisebbek, a gyógyulás gyorsabb.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, elhúzó-dó sebgyógyulás, pl. sebgennyedés, mélyvénás thrombosis, embolia. Az ellenoldali veseműködés gyengülése esetén veseelégtelenség. 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 vesedaganat további növekedése, terjedése, áttétképződés, súlyosabb vérzés előfordulhat, végül akár a beteg halálát is okozhatja.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Kis méretű, megfelelő elhelyezkedésű daganat esetén vesemegtartó műtét végzése a javasolt.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túldoldalon!

## 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 kényszertől 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.