

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:

HÚGYHÓLYAG TUMOR ENDOSCOPOS MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSA HÚGYCSÖVÖN KERESZTÜL (TRANSURETHRALIS RESECTIO - TUR)

- A beavatkozás célja:** A húgyhólyagban lévő daganat, vagy annak gyanúja esetén végezzük, terápiás és diagnosztikus céllal.
- A beavatkozás menete, technikája:** Speciális eszközt vezetünk a húgycsőbe (resectoscop), mely egy különleges kacs és nagyfrekvenciás áram segítségével szeletekben eltávolítja a daganatszövetet/szövetet.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés a húgyhólyagból, hólyag perforáció, mélyvénás thrombosis, embolia, mellékhere gyulladás, húgycső szűkület. 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 hólyagdaganat kezeléséhez elengedhetetlen beavatkozás. Elmaradása esetén a daganat további növekedése, vérzése, áttétképződés valószínűsíthető, súlyos esetben a beteg halálához vezethet.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Más elfogadható kevésbé invazív terápiás és diagnosztikus értékű beavatkozás nem ismert.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ 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

*beleegyzem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

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

Jelen beleegyző nyilatkozat az F-B-04. „Általános beleegyző 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.