

## 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:

### PROSZTATA ENDOSCOPOS MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSA HÚGYCSÖVÖN KERESZTÜL (TRANSURETHRALIS PROSTATÁ RESECTIO - TURP)

- 1. A beavatkozás célja:** A megnagyobbodott, vizeletürítést akadályozó prosztata endoscopos műtéti eltávolítása, a vizelet ürítési zavar megszüntetése. (Amennyiben a konzervatív kezelés sikertelen, ill. már eredmény nem várható tőle).
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Speciális eszközt vezetünk a húgycsőbe (resectoscop), mely nagyfrekvenciás áram segítségével szeletekben eltávolítja a prosztatarészt.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés a prosztatából, mélyvénás thrombosis, embolia, mellékhere gyulladás, húgycső szűkület. Enyhe, legtöbbször átmeneti vizelettartási zavar (csepegés). Nagyon ritka a tartós vizelet inkontinencia. Az ondó ürülés megszűnése (retrograd ejaculatio) a műtét után várható. TUR-syndroma: életveszélye állapotot idézhet elő. Nagyon ritkán súlyos vérzés, vérmérgezés, mely halálos szövődményt okozhat. Ritkán egyéb súlyos állapotokat előidéző szövődmények kialakulhatnak. Műtőben történő egyéb balesetek előfordulhatnak.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A nagyfokú vizeletretentió fennállása veseelégtelenséghez vezethet. Tartós katéter viselése gyulladásos szövődményekkel járhat és az életminőség romlásához vezet.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Nyílt prosztata műtét (megfelelő szakmai kritériumok alapján).
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

## 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.