

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 NYÍLT MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSA ALHASI METSZÉSSSEL A HÚGYHÓLYAGON KERESZTÜL (TRANSVESICALIS PROSTATECTOMIA)

- A beavatkozás célja:** A megnagyobbodott, vizeletürítést akadályozó prosztata műtéti eltávolítása, a vizeletürítési zavar megszüntetése. (Amennyiben a konzervatív kezelés sikertelen, ill. már eredmény nem várható tőle).
- A beavatkozás menete, technikája:** Köldök alatti hosszanti metszésből a húgyhólyag megnyitásával távolítjuk el a megnagyobbodott, a húgycső összenyomatását okozó prosztata részt a külső tok meghagyásával. A prosztata adenoma helyén öltésekkel és a behelyezett katéter-ballonnal csillapítjuk a vérzéseket, majd zárjuk a hólyagot és a hasi sebet. Katéter viselés általában 1 hétig szükséges.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés a hólyagból, elhúzódó sebgyógyulás, pl. sebgennyedés, mélyvénás thrombosis, embolia. Enyhe, legtöbbször átmeneti vizelettartási zavar (csepegés). Az ondó ürülés megszűnése (retrograd ejaculatio) a műtét után várható. Nagyon ritkán súlyos vérzés, vérmérgezés, mely halálos szövődményt okozhat. Ritkán egyéb súlyos állapotokat előidéző szövődmények kialakulhatnak. Műtöben történő egyéb balesetek előfordulhatnak.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A nagyfokú vizeletretentió gyulladáshoz, kőképződéshez vezethet, tartós fennállása veseelégtelenséget okozhat. A tehermentesítő katéter viselése is gyulladást okoz és az életminőség romlásához vezet.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Húgycsővön keresztüli endoscopos prosztata műtét - TURP (megfelelő szakmai kritériumok alapján).
- Fentiekkal 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.