

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 BIOPSZIA (SZÖVETMINTAVÉTEL)

- A beavatkozás célja:** Proszтата daganat gyanú esetén a biztos diagnózis felállítása.
- A beavatkozás menete, technikája:** A szövetmintavétel biopsziás tű segítségével történik a végbélen, vagy a gáton keresztül transrectalis UH segítségével, 8-10 szövetmintát veszünk a prosztatából. A beavatkozást megelőzően 2 nappal antibiotikus profilaxist kezdünk. A szövetmintavétel előtt bódító, altató injekciót adunk.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Akut prosztagyulladás, tályog, utóvérzés a húgyhólyag és a végbél felé ritkán előfordulhat. Teljes vizeletelakadás egy-egy esetben felléphet, ekkor katéter behelyezés szükséges néhány napig. Nagyon ritkán súlyosabb vérzés, vérömleny képződés. Súlyos vérmérgezés, halálos szövődményt okozhat.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A prosztata daganat igazolásához nélkülözhetetlen beavatkozás. A prosztata daganat sok esetben kezelés nélkül halálos kimenetelű is lehet. Korai stádiumban való felismerése és kezelése (műtéti, sugár) teljes gyógyulást eredményezhet.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben endoscopos prosztata műtét (TURP) során a szövettani vizsgálat igazolta a prosztata daganatot, a prosztata biopszia elvégzése nem szükséges.
- 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 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.