

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

AGYDAGANATOK (SUPRATENTORIALIS), ELÜLSŐ- ÉS KÖZÉPSŐ KOPONYAGÖDÖRBE ELHELYEZKEDŐ FÉLTEKEI DAGANATOK ELTÁVOLÍTÁSA

- 1. A beavatkozás célja:** A koponyaűri daganat eltávolítása, a beteg állapotrosszabbodásának megelőzése, meglévő idegrendszeri tünetek (ellenoldali végtaggyengeség, bénulás, beszédzavar, tudatzavar, magatartásváltozás, zavartság, nyugtalanság, látászavar, stb.) javítása vagy megszüntetése. A közvetlen életveszély elhárítása, túlélési esélyek javítása, stb.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Altatásban hajvágás és a fej borotválása után a meghatározott terület felett egyenes vagy ívelt bőrmetszést ejtünk vagy bőrlebenyt hajtunk ki. A koponyacsont egy részének eltávolításával a koponya üreget megnyitjuk. Az agyburok megnyitása után feltárjuk, azonosítjuk a daganatot. Amennyiben lehetséges, teljes mértékben (radikálisan) vagy ha a daganat az életvitel szempontjából fontos (elokvens) területeket is érint (mozgatómező, beszédközpontok, látókéreg, középvonali struktúrák, stb.), ezeket lehetőség szerint megkímélve, részlegesen távolítjuk el. Az eltávolított daganatot szövettani vizsgálatra küldjük, esetenként műtét közben is végeztetünk gyors szövettani vizsgálatot, ami tájékoztató jellegű. A műtéti üregben precíz vérzéscsillapítás, a keményagyburok zárása, majd általában a csontlebeny visszahelyezése történik, kivéve, ha súlyos agyduzzadást észlelünk, ilyenkor az agytágulási lehetőségét biztosítandó a csontot nem helyezzük vissza. Szívócső felett zárjuk a lágyrész lebenyt.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Utóvérzés, gyulladás, sebgyógyulási zavar, sebgyenyedés, agyvíz-csorgás, agyvizenyő. Sérülhetnek a daganatot körülvevő agyi területek, ami átmeneti vagy tartós, esetleg végleges neurológiai deficitet (mozgás-, érzés- beszédzavar, stb.). Egyéb általános műtéti szövődmény. Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A daganat és az agyvizenyő növekedése által okozott fokozódó tömegeltolódás a panaszok és tünetek súlyosbodását eredményezheti, agyi beékelődéshez vezethet, ami életfontosságú agytörzsi központok károsodását, eszméletlen állapotot, légzés és keringésleállást, halált idézhet elő.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Bizonyos esetekben a daganat célzott besugárzása és /vagy gyógyszeres kezelése is szóba jön.
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

7. Egyénre szabott betegtájékoztató:

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 kezelése 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 kezelése 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 tájékoztató 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.