

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.

KAMRAI DRAINAGE, DECOMPRESSIV CRANIECTOMIA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Koponyatrauma vagy más agyi betegség, elsősorban érelzáródás, agyvérzés okozta súlyos agyvizenyő, agyduzzadás, súlyos koponyaűri nyomásfokozódás folyamatos megfigyelésére, kezelésére szolgáló külső **kamrai drainage** (agyvíz lebocsátás, koponyaűri nyomásmérés), illetve **decompressiv craniectomia** (egy vagy kétoldali csontlebeny eltávolítás) a duzzadt agy tágulási lehetőségének biztosítása.
- A beavatkozás célja:** Koponyaűri nyomásmérés a kezelés meghatározásának céljából, gyógyszerek dozírozása, illetve agyvíz lebocsátás az agykamrából nyomáscsökkentés céljából.
Decompressiv craniectomiánál az agy tágulás lehetőségének biztosítása, a közvetlen életveszély, agyi beékelődés veszélyének csökkentése.
- A beavatkozás menete, technikája:**
Külső kamrai drainage: az elülső kamraszarvba altatásban vagy helyi érzéstelenítésben a fejbőr borotválása után furatlyukon át műanyag katétert vezetünk, melyet nyomásmérő monitorral kötünk össze.
Decompressiv craniectomiánál altatásban - a fejbőr borotválása után - egy vagy mindkét oldalon kiterjedt férfitenyéri csontlebenyt távolítunk el, majd az agyburkot is felhasítjuk sugárirányban, védjük az agy felszíni vénáit és csak a bőrlebenyt zárjuk.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Agysérülés, vérzés, gyulladás, sebgyógyulási zavar és ezek következményei.
Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Maradandó károsodás az agyi funkciókban, közvetlen életveszély, halál.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Ezekben a súlyos, gyakran eszméletlenséggel járó, közvetlen életveszélyt jelentő állapotokban nincs.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

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 kezeléseim 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.