

## 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.

### KOPONYATRAUMA SZÖVŐDMÉNYEKÉNT ORRJÁRATOKBÓL VAGY HALLÓJÁRATBÓL TÖRTÉNŐ AGYVÍZ-CSORGÁS MEGSZÜNTETÉSÉNEK MŰTÉTE

- A beavatkozás célja:** A spontán vagy konzervatív kezelésre nem szűnő agyvíz-csorgás (liquorrhoea) műtéti úton való megszüntetése, ezáltal a fennálló fertőzésveszély (agyhártyagyulladás, agyvelőgyulladás, halál) megelőzése.
- A beavatkozás menete, technikája:** Altatásban a fejbőr borotválása, a megfelelő területen bőrlebeny készítése, kihajtása, majd csontlebeny kiemelése, a koponyaalapon a keményagyburok részletes megtekintése, sérüléseinek zárása agyburkon belül vagy kívül, szükség esetén pótlása műburokkal (Iodura). Koponyaalap fedése szükség esetén izommal, a sérülések zárttá tétele. A műtéti terület réteges zárása.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Koponyán belüli sérülés, vérzés, gyulladás kialakulása. Fennmaradó agyvíz-csorgás, agysérülés, ami magatartásváltozást, meglassultságot, nyugtalanságot, zavartságot, végtaggyengeséget, beszédzavart, szaglászavart, stb. okozhat, ami lehet átmeneti, tartós vagy végleges.  
Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Állandó fertőzésveszély, az orrmelléküregekből baktériumoknak a koponyaüregbe jutása által. Agyhártyagyulladás, agyvelőgyulladás, halál.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben a sérülés utáni korai időszakban (1-2 hét) az agyvíz-csorgás spontán vagy tehermentesítő punctiók (csapolások), drainage (átmeneti, folyamatos elvezetés) és egyéb konzervatív kezelés hatására nem szűnik, nincs más lehetőség.
- 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.