

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.

INTRADURALIS-EXTRAMEDULLARIS GERINCDAGANAT ELTÁVOLÍTÁSA

- A beavatkozás célja:** A keményagyhártyán belüli, de gerincvelőn kívüli térfoglalás részleges vagy teljes eltávolítása, ezzel a gerinccsatorna idegképleteinek felszabadítása a nyomás alól. A beavatkozás a várható idegrendszeri károsodásokat megelőzheti, vagy a már kialakultakat javíthatja. A daganat szövettani vizsgálata.
- A beavatkozás menete, technikája:** Az érintett terület felett, röntgen képerősítő segítségével meghatározott helyen, bőrmetszést ejtünk. Az izompólya behasítása után az izomzatot a szükséges mértékig leválasztjuk a csigolyákról, felkeresve a csigolya ívet vagy íveket. Itt, a tumor szintjében (ismételt röntgen ellenőrzés után) laminectomiát (az ív végleges eltávolítása) vagy laminectomiákat, esetleg laminotomiát (a csigolyaív átmeneti eltávolítása, majd visszarögzítése a műtét során) végezve feltárjuk a keményagyhártyát. Operációs mikroszkópot használva a keményagyhártyát felhasítva látótérbe hozzuk a gerincvelőt összenyomó daganatot. Mikrotechnika használata mellett a tumort többnyire teljesen, ritkábban csaknem teljesen eltávolítjuk. Eközben idegrostok vagy idegyökök átvágásra kerülhetnek, amennyiben azokat a daganat magában foglalja. Ezt követően a keményagyhártyát zárjuk, majd epiduralis (keményagyhártya felett elhelyezett) szívódrain visszahagyásával réteges sebzárást végzünk, gondos vérzéscsillapítás és sebvízíció után.
Az eltávolított daganatot szövettani vizsgálatra küldjük.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Tekintettel ezen műtéti típusok nagyságára és hosszabb idejére, jelentősebb vérvesztés következhet be, ami vér adását teheti szükségessé. Ideg-és gerincvelő sérülés, ami alsóvégtagi gyengeséget, bénulást, vizelési, székelési, illetve érzészavart okozhat. Sebgyulladás, tályogképződés. Sebgyógyulási zavar. Keményagyburok-sérülés, agyvíz szivárgás. Utóvérzés.
Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Műtét elmaradása, illetve elutasítása esetén progresszív idegrendszeri károsodás (bénulás, érzés- széklet- és vizeletürítési zavar, stb) alakulhat ki. Szövettani eredmény hiányában esetlegesen szükséges további célzott kezelés elmaradása.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Szövettani mintavétel a tumorból, ill. onkoradiológiai kezelés.
- 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 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 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.