

## 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, TRAUMÁS KOPONYAŰRI VÉRZÉSEK (KEMÉNYAGYBUROK FELETTI /EPIDURALIS, KEMÉNYAGYBUROK ALATTI /SUBDURALIS, AGYÁLLOMÁNYON BELÜLI /INTRACEREBRALIS), VÉRÖMLENYEK, VAGY EZEK KOMPLIKÁCIÓJÁNAK ELLÁTÁSA

- 1. A beavatkozás célja:** A térfoglaló méretű vérömleny eltávolítása, a vérzésforrás ellátása (a vérzés megszüntetése), hogy az agy összenyomatása (compressioja) megszűnjön, és eredeti helyzetét foglalhassa el, ezáltal a beteg további állapotrosszabbodásának, tudatzavarának megelőzése, meglévő idegrendszeri tüneteinek (végtaggyengeség, bénulás, beszédzavarok, tudatzavar, stb.) megszüntetése, a rosszabbodás megelőzése vagy csökkentése.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Altatásban - a fej borotválása után - a megfelelő terület felett bőrmetszés vagy bőrlebens kihajtása után, fúratlyuk vagy szükség esetén csontlebensnek a műtét idejére vagy tartósan történő kiemelése, a keményagyburok feletti vagy alatti vérömleny elszívása, kiöblítése, agyállományon belüli összefolyó vérömleny eltávolítása. Ha van, akkor a vérzésforrás megszüntetése, sz.e. a megfelelő térbe (kemény agyhártya feletti, alatti) kifolyócső (drain) behelyezése, a műtéti terület réteges zárása, gondos sebrevízió után.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Utóvérzés, gyulladás, sebgyógyulási zavar, agyvizenyő, környező képletek sérülése. Átmeneti, tartós vagy végleges működési deficitet (ellenoldali végtaggyengeség, bénulás, beszédzavar, tudatzavar, stb.) okozhat. Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét. Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Maradandó agykárosodás, végtaggyengeség, bénulás, beszédzavar, zavartság, tudatzavar, eszméletlen állapot, életet veszélyeztető, vagy halált okozó koponyaűri nyomásfokozódás, légzés- és keringésleállás, halál.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Térfoglaló vérömleny esetén nincs más lehetőség, a beavatkozás életmentő.
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. 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.