

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.

NEURONAVIGÁCIÓS MINTAVÉTEL A KOPONYAÜREGBEN ELHELYEZKEDŐ TÉRFoglalásból

- 1. A beavatkozás célja:** Mintavétel a koponyaüregben elhelyezkedő térfoglalásból (pl. daganat, tályog).
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** A fejlet Mayfield befogóval (a tér minden irányába állítható eszköz, mely 3 ponton, a koponyacsont külső kemény rétegében rögzül a koponyához) rögzítjük a műtőasztalhoz. Ezt követően neuronavigációs regisztrációt végzünk: az arc és/vagy koponya jellegzetes pontjait vagy a a felhelyezett jelzéseket „letapogatva”, azok helyzetét a térbe rögzítjük a számítógépben. A program ezt összeveti a műtét előtt készült CT- és/vagy MR ugyanezen pontjaival, így meghatározhatóvá, „felkereshetővé” válik a koponyán belül elhelyezkedő „célterület”. A szoftveresen meghatározott behatolási pont fölött a hajas fejbőrt borotváljuk, fertőtlenítjük, izoláljuk, majd néhány cm hosszúságú bőrmetszést ejtünk. Feltárjuk a koponyacsontot, majd szintén neuronavigációs ellenőrzés mellett fúrtlyukat készítünk, azon keresztül a látóterbe kerülő keményagyhártyát bemetszünk, hogy az átjárhatóvá váljék a biopsziás (mintavevő) tű számára. Ezt követően a BrainLab Vario Guide biopsziás kar használatával, szintén számítógépes program segítségével, a műtét előtt kijelölt, szoftveresen meghatározott, céltérfogat jól definiált helyeiről a 2mm átmérőjű biopsziás tű segítségével több mintát veszünk. Tályog esetén annak üregét többszörösen átöblítjük. Az eszköz eltávolítása után, gondos sebrevíziót és vérzéscsillapítást követően rétegesen zárjuk a műtét sebet. Daganat esetén szövettani vizsgálatra, tályog esetén bakteriológiai vizsgálatra küldjük a mintákat.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** vérzés, gyulladás, sebgyógyulási zavar, sebgennyedés, agyvíz-csorgás, agyvizenyő. Sérülhetnek a térfoglalást körülvevő, ill. a szűrőcsatornába eső agyi képletek, ami átmeneti vagy tartós, esetleg végleges neurológiai deficitet (mozgás-, érzés- beszédzavar, stb.) okozhat.
Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Mintaétel híján nem juthatunk megfelelő diagnózishoz, nem ismerhetjük meg a koponyaúrben térfoglaló jelleggel bíró képlet jellemzőit, így nem indulhat célzott kezelés (onkológiai, infektológiai, stb.) A térfoglalás 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:** Nyitott műtét, de az nagyobb kockázattal és kisebb találati pontossággal történő mintavételt eredményezhetne.
- 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 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 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.