

## 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.

### VENTRICULO-PERITONEALIS, VAGY VENTRICULO-ATRIALIS SHUNT KÉSZÍTÉSE

- A beavatkozás oka:** Hydrocephalus (agykamra tágulat, vízfejtés), az agyvíz túlermelődése vagy felszívódási zavara vagy az agyvíz keringés útjának elzáródása miatti tartós, progresszív zavar, mely, leépüléshez, széklet-vizeletürítési- és járászavarhoz, súlyos lassultsághoz, magatartászavarok kialakulásához, személyiségváltozáshoz, végső soron beékelődéshez, halálhoz vezethet.
- A beavatkozás célja:** Az agykamrákban felszaporodott és a kamrák tágulatát okozó agyvíz levezetése a hasüregbe vagy ritkábban nyaki vénán át a szív jobb pitvarába, ezáltal a kamratágulatot okozó nyomásfokozódás megszüntetése, a koponyaűri nyomásviszonyok helyreállítása.
- A beavatkozás menete, technikája:** Altatásban a fejbőr borotválása után az elülső vagy hátsó kamraszarv felett ejtett metszést követően, a koponyaacsonton készített fúrtlyukon át vékony műanyag katétert vezetünk a kamraszarvba, melyet egyenirányító-, szükség esetén nyomásvezérelt szeleppel, majd azt egy hasi szárral kötünk össze, amit a fejbőr, a nyak- és mellkas bőre alatt a hasüregbe vezetünk kis laparotomián (hasi megnyitás) keresztül.  
Speciális esetekben, ha a szeleptől eljövő szilikon cső a hasüregbe nem vezethető (pl. korábbi összenövések, daganat, stb.), akkor azt egy nyaki nagy vénán (v. facialis vagy v. jugularis externa) keresztül a szív jobb pitvarába vezetjük, röntgen képerősítő kontrollja mellett.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Nem megfelelő helyre történő behelyezés, ami agyi sérülést, nem megfelelő funkciót okozhat. Vérzés, gyulladás. Shunt elégtelenség annak elzáródása miatt, ami fejfájást, hányingert, tudatzavart, beékelődést okozhat. Hasi képletek sérülése, gyulladás, tályog, bélelzáródás és azok következményei, pl. hashártya-gyulladás.  
Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A kialakult agykamra tágulat és koponyaűri nyomásfokozódás további romlása, leépülés, széklet- vizeletürítési zavar, járászavar, súlyos lassultság, magatartászavarok, személyiségváltozás, beékelődés, halál.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** A hydrocephalus egyes típusaiban - amikor a felszívódás megfelelő - lehetőség van (endoscopos) agykamra tükrözéssel végzett agykamra megnyitásra. A III. kamra üregét az agyalon lévő külső agyvíz térrel összekötve lehetővé válik az agyvíz felszívódása. Ezt csak speciális intézetekben végzik.
- Fentiekkal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

## 8. Egyénre szabott betegtájékoztató:

### INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ 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 kezelések 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 kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyző nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyző 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.