

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.

REKESZSÉRV (HIATUS HERNIA) MŰTÉT

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Hiatus hernia (Nyitott gyomorszáj) miatti bal oldali mellkasi feltárással végzett ún. "anti-reflux műtét".
- A beavatkozás célja:** A rekeszizmon a gyomorszájnál lévő sérv megszüntetése oly módon, hogy a gyomor benné a rendszeres nyelőcsőbe történő visszaáramlása is megszűnjön.
- A beavatkozás menete, technikája:** Bal oldali mellkasfeltárást végzünk, majd a mellkasba csúszott gyomrot felkeressük, a környezetébe történő kitapadásokat oldjuk. Ezt követően a gyomrot speciális módon redőzve a hasüregbe helyezzük vissza, s öltésekkel biztosítjuk ennek tartós voltát. A rekeszizmon észlelt sérvkaput szintén speciális öltésekkel zárjuk. A műtét végén a nyelőcsőben az orrból a gyomorig vezetően szondát hagyunk vissza, melynek feladata a műtét utáni napokban a varratok tehermentesítése a gyomor benné nyomásától. A mellkast két mellúri furulyadrain felett zárjuk. Ezen draincsövek feladata – szívókezelés mellett – a tüdő kitágítása, a mellúri váladék elvezetése.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Mint minden beavatkozásnak, ennek is vannak kockázatai, veszélyei, szövődmény lehetőségei. Ezek a vérzés, infekciók, thrombosis, embolia, mellúri tasakképződés, érzészavarok, idegrendszeri tünetek kialakulása, levegő átérésztés a tüdők felől, gyomorürülési zavar, thromboembolia nyelőcső-, gyomor necrosis, hangszalagbénulás, folyadék esetleges kilépés a gyomor-bél rendszerből, tartós drain viselés, idegrendszeri szövődmény (bénulás, látászavar), sebgyógyulási zavar, kis százalékban akár halálos kimenetel, keringési, ill. légzési zavarok is jelentkezhetnek.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Veszélyforrásként megemlíthető a gyomor megcsavarodása, perforatio, emésztési zavarok kialakulása, fekélyképződés, nyálkahártyavérzés. A későbbiekben tüdőszövődmények (köhögés, ismétlődő gyulladás, sőt tüdőtályog), illetve a nyelőcső vagy a gyomor daganatos elfajulása is kialakulhat.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Az elváltozás műtéti úton gyógyítható. Alternatív lehetőségként kínálkozik a hasi sebész általi feltárás a rekesz kupola alól.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

Mellkassebészeti Osztály

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. Ez alapján a tájékoztatás teljes körűnek tekintem.

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 felelőség 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.