

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott (név) (szül. idő) kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, szül. idő, rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

VATS ANATÓMIAI RESECTIO

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** Az endosopos tüdőresectio (továbbiakban VATS resectio, a Video Assisted Thoracic Surgery angol kifejezés rövidítéséből) a tüdőcsontkító műtétek relative új, mára standarddá vált formája.
- A beavatkozás célja:** Anatómiai VATS resectio esetén a tüdő egy (esetleg két) lebenyét vagy szegmentumát távolítjuk el. A műtetre rosszindulatú daganatok vagy jóindulatú betegségek miatt is sor kerülhet.
- A beavatkozás menete, technikája:** Egy kb. öt cm-es munkaport és két segédport használatával a videokamera alkalmazásával kipreparáljuk a kérdéses anatómiai egység centrális képleteit és speciális varrógépekkel ellátjuk azokat, majd szintén varrógéppel kivágjuk a kóros tüdőt. Az eljárás kb. 90%-ban sikeres, 10%-ban nyitott műtétre kell áttérni, melynek különböző okai lehetnek (összenövések mellüregben, szelektív lélegeztetés lehetetlensége, műtéti sérülés stb.). Előfordulhat, hogy a műtéti tervvel ellentétben csak az egész tüdő eltávolításával oldható meg a betegség, ez esetben is nyitott műtétre térünk át. Kiderülhet továbbá (akárcsak feltárásos műtétnél) hogy a betegség nem operálható
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Életveszélyes, akár halálos vérzés a műtét alatt, vagy a műtét utáni napokban.
Légzési zavarok, légzési elégtelenség, mely váladékleszívást, gépi lélegeztetést ideiglenes, vagy végleges légszómetszést tehet szükségessé. Szívműködési zavaros, szívinfarktus, akár halálos végű szívelégtelenség.
Vénás thrombosis, tüdőembólia, agy embólia. Tartós drain viselés. Fertőzések szövődmények, krónikus gennyedés, tüdőgyulladás, gázgangréna, szepsis (vérmérgezés). Hörgőcsontkító varratelégtelenség gennyedéssel szepsissel. Idegrendszeri zavarok, átmeneti vagy végleges bénulás, érzéskiesés, delírium, neuralgiás fájdalmak. Átmeneti vagy végleges látászavarok (szemhéjzáródási rendellenesség), hallászavarok, vakság, sükettség. Hangképzési zavarok, beszédképtelenség. Bőrgyógyászati jelenségek, csalánkiütés, bőr leválás. Csontvelő elégtelenség. Vese vagy máj elégtelenség Emésztőrendszeri zavarok (pl. emésztőszerv kilyukadása, gyulladása vagy elhalása).
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:**
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:**
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

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. Ez alapján a tájékoztatót 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 felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyzem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás 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.