

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.

VIDEO ASSZISZTÁLT THORACOSCOPOS (VATS) ÚTON TÖRTÉNŐ GÁTORBAN ELHELYEZKEDŐ ELVÁLTOZÁS (MEDIASTINUM TUMOR) ELTÁVOLÍTÁSA

- 1. A beavatkozás célja:** A kivizsgálás során észlelt gátorban észlelhető elváltozásból mintavétel, illetve az elváltozás lehetőség szerinti eltávolítása.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** A beavatkozás során az elváltozás elhelyezkedésétől függően a mellkas jobb, illetve bal oldalán narcosisban oldalt fektetett testhelyzetben a mellkasfalán 3 db (esetleg több) 2-3 cm-es nyílást készítünk, melyekbe bevezetjük a fényt hordozó, illetve a képi információt elvezető steril kamerát, valamint az operációs eszközöket. A műtét monitoron követhetően, annak segítségével történik. A műtét végén 2 nyíláson át – elöl, illetve hátul – két perforált szívódraint vezetünk a mellüregbe a mellkascsőcsig érően, melyek célja egyrészt a képződő savós váladékok folyamatos eltávolítása, másrészt a tüdő kitágítása. Ezek előreláthatóan 2-3 napig lesznek a mellüregben.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Mint minden beavatkozásnak, ennek is vannak kockázatai, veszélyei, szövődmény lehetőségei. Ezek a vérzés, infectiok, thrombosis, thromboembolia, embolia, mellúri tasakképződés, érzészavarok, idegrendszeri tünetek kialakulása (bénulás, látászavar...), hangszalagbénulás és légcsőkanül, keringési és légzési elégtelenség, szemhéjzáródási rendellenesség, sebgyógyulási zavar, levegő áteresztés a tüdők felől, illetve keringési, légzési és anyagcserezavarok léphetnek fel, kis százalékban akár halálos kimenetel. Tartós drain viselés.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A beavatkozás elmaradásával kockáztathatja a betegség esetleges előrehaladásából adódó súlyos következmények kialakulását, mely egyrészt lehet a daganat tovaterjedése, másrészt nyomási tünetek (pl.: vena cava superior-sy) okozta panaszok (rekedtség, felső testfél vérbő duzzanata) is lehetnek. Amennyiben ismeretlen a betegsége, akkor a műtét elmaradása miatt annak természetét sem lehet megállapítani, így nem lehet eredményes a kezelése.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Daganatos betegségek esetén alternatív onkológiai módszerek is létezhetnek (chemo-, radio-, hő-, immuntherapia), de a megfelelő kezelési stratégia kialakítása orvosi konzílium alapján történik - természetesen a páciens beleegyezésével.
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. Egyénre szabott betegtájékoztatás:**

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 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.