|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **„Év Kórháza 2010.”** | 1. TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

**Radicalis prostatectomia** | **BS10601/…/BNY****oldal: 2/2****Változat: 3** |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Beteg neve:*** |  | ***TAJ szám:*** |  |

**Aláírásommal megerősítve kinyílvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom.**

(Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva, erősítse meg.

E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..

II.

**1./ Az Ön betegsége , a beavatkozás indoka (**amennyiben már ismert) magyarul/ latinul:

….............................................................................................................................................................................

2./ **A javasolt vizsgálat / beavatkozás / műtét / gyógymód, mely latinul /magyarul:**

A dülmirigy (prosztata), az ondóhólyagok és szükség esetén a környező nyirokcsomók radikális eltávolítása

daganat miatt.

**Célja:** Nagy valószínűséggel gyógyulás a prosztata rosszindulatú daganatos megbetegedéséből**.**

**A műtét menete:** Alhasi metszés után a prosztatát annak tokjával együtt és az ondóhólyagokat eltávolítjuk, a húgycsőcsonkot a hólyagnyakkal összeszájaztatjuk. A szakma szabályainak megfelelően szükség esetén a környéki nyirokcsomókat is eltávolítjuk. A műtéti területen váladékelvezető csövet, a húgyhólyagban katétert állandósítunk, melyeket a műtét utáni időszakban a megfelelő időben eltávolítunk**.**

2/a. **A vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód/kockázata, szövődményei:** érsérülés, vérzés, fertőzés, idegsérülés, a vesevezeték sérülése, bélsérülés (elsősorban vastagbél), hólyag-, húgycsősérülés. Sikertelen vagy részleges eredményű beavatkozás. Thrombózis, verőér elzáródása vérrög által, tüdőgyulladás, szívinfarktus, átmeneti veseelégtelenség, fektetésből származó károsodások. Sebgennyedés, sebszétválás, hashártyagyulladás, a bélműködés átmeneti leállása, vesegyulladás, lázas állapot, vizelettartási zavar, hólyagkő, húgycső szűkület, húgycsőgyulladás, csonthártyagyulladás, impotencia, sterilitás, heregyulladás, tartós vizeletes ázás, tartós nyirokcsorgás, alsó végtag mozgás-, beidegzési zavarai, a daganat kiújulása.

2/b. **A vizsgálat/ beavatkozás/ műtét / gyógymód elmaradásának lehetséges következményei:** A prosztatarák előrehaladása, tovaterjedése.

2/c. **Helyette alkalmazható gyógymódok:** A prosztata, az ondóhólyagok és a környéki nyirokcsomók eltávolítása laparoscopos úton. Onkoradiológiai kezelés.

3/. A javasolt gyógymód kockázatairól lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam kezelő orvosomtól, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak a fenti előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

4/.Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem\*.

5.)A felvilágosítást megértettem, megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, hátrányait is, további kérdésem nincs.

a.) A fentiek alapján a felajánlott beavatkozást / műtétet / gyógymódot\*

* **elfogadom\*\*** (A kezelésbe, műtétbe való beleegyezésemet a tájékoztatás alapján minden kényszertől mentesem adom.)
* **visszautasítom\*\***

b.) A műtéti kezelés során a *beavatkozás kiterjesztésébe* (életveszély, súlyos egészségkárosodás, feltárt, előzőleg nem ismert elváltozás esetén)

* **beleegyezem\*\***
* **nem egyezem bele\*\***

c.)

* **beleegyezem \*\***
* **visszautasítom\*\***

hogy a műtőben, vagy kezelőben oktatási célból egészségügyi szakemberek, tanulók lehessenek jelen.

d.)

* **beleegyezem\*\***
* **visszautasítom\*\***

hogy a műtét, vagy beavatkozás menetéről fénykép, vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy készült felvételen személyem nem válik felismerhetővé.

Dátum: Szolnok, 20…………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kezelő/műtétet végző/orvos aláírása,/azonosító bélyegzője |  | Beteg /törvényes képviselőjének/nyilatkozattételre jogosult aláírása\*\* |  |

 Törvényes képviselő olvasható neve:

 ……………………………………………………

 szül.dátum:………………………………………

A beteg szóbeli nyilatkozat, vagy írásképtelensége (++) esetén:

Előttünk, mint tanuk előtt:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. név: | ……………………………………….. | Szem.ig.szám: | ………………………………… |  |
| 2. név: | …………………………………………….. | Szem.ig.szám: | ………………………………….. |  |

\*Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezései alapján cselekvőképtelenek (pl. gyermek) esetében az önrendelkezési jog nem gyakorolható!

**\*\*A megfelelő rész aláhúzandó**