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

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

**TURP (transurethralis prostata resectio)** | **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:** TURP (transurethralis prostata resectio), a húgycsövön keresztül bevezetett eszközzel a prosztata egy részét (elektromos kaccsal történő szeletelés után) eltávolítják

**Célja:**A vizelési panaszok megszüntetése, a vizelési képesség helyreállítása. Pontos szövettani eredmény a további

gyógykezelés pontos meghatározásához.

**A műtét menete:** A műtét és a műtét utáni időszakban az ellátás a szakma szabályai szerint történik. A műtétet a megfelelő eszközzel a húgycsövön keresztül végezzük, általános érzéstelenítésben. A műtét után a beteg néhány napig katétert visel, ami biztosítja a vizelet szabad elfolyását a hólyagból, és vérzéscsillapító feladata is van. A katéter eltávolítása után a beteg spontán, jól vizel. Addigi panaszai várhatóan megszűnnek.

2/a. **A vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód/kockázata, szövődményei:** vérzés, prosztata tok sérülése, húgycsősérülés, hólyagsérülés, vesevezeték beszájadzásának a sérülése, hasi szervek sérülése, gyulladása, műtét folytatása nyílt műtéttel, TUR syndroma: szív-, keringési és veseelégtelenség, agyi működési zavar

**Késői szövődmények:** vizelettartási zavar, hólyag-, húgycsőgyulladás, here-, mellékhere gyulladás, sikertelen vagy részleges eredményű műtét, húgycsőszűkület, az ondó mennyiségének csökkenése, az ondó ürülésének elmaradása, merevedési zavar

2/b. **A vizsgálat/ beavatkozás/ műtét / gyógymód elmaradásának lehetséges következményei:**

a vizelési panaszok, a vizelési képtelenség fennmaradása, vesekárosodás, húgycsőgyulladás, mellékhere gyulladás.

2/c. **Helyette alkalmazható gyógymódok:** gyógyszeres kezelés, feltárásos (nyílt) műtét, állandó katéter viselés

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**