

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Vakbélgyulladás (appendicitis) miatti műtéti végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-SEB-04.</b> <b>Verziószám:1</b>
---	---

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b> #!NEV;	<b>TAJ szám:</b> #!TAJ;
<b>Anyja neve:</b> #!BANYJANEVE;	<b>Születési idő:</b> #!SZULIDO;

**Cselekvőképтелenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):**

Rokonsági foka :

- |   |   |
|---|---|
| a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában   | c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes |
| b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes | ca) gyermeke, ennek hiányában   |
| ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában      | cb) szülője, ennek hiányában  |
| bb) gyermeke, ennek hiányában                       | cc) testvére, ennek hiányában   |
| bc) szülője, ennek hiányában                        | cd) nagyszülője, ennek hiányában  |
| bd) testvére, ennek hiányában                       | ce) unokája   |
| be) unokája   |   |

**Betegség megnevezése fodiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**

Heveny féregnyúlvány gyulladás. Szövődményes esetben körülírt vagy általános hashártyagyulladás

**Beavatkozás megnevezése:**

A gyulladt féregnyúlvány eltávolítása, illetve a már meglévő szövődmények esetén azok elhárítása.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

**A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:**

A műtét elmaradása végzetes lehet, hashártyagyulladásához és a beteg halálához vezethet. Ritkább esetben letokolt hasüregi tályog, széptikus góc maradhat vissza, illetve az életminőséget rendkívül rontó, nehezen kezelhető sipolyképződés fordulhat elő.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Ha a gyulladásos folyamat csak a féregnyúlvány környezetére korlátozódik, illetve visszafejlődik, a műtétet későbbi időpontban javasoljuk. Környező szervek által legátolt enyhe gyulladás esetén kombinált antibiotikus kezelés szükséges.

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Vakbélgyulladás (appendicitis) miatti műtéti végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-SEB-04.</b> <b>Verziószám:1</b>
--	---	---

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**  
A fentebb részletezett diagnosztikus eljárások után megfelelő antibiotikus védelemben történik a műtét.  
Az eljárás technikája: A műtét altatásban, hasi metszés útján történik, mely a tünetek alapján jobb alhasi, vagy kiterjedtebb esetben középilonali metszés lehet. A műtét során eltávolítjuk a féregnyúlványt, átfúródása esetén, illetve hashártyagyulladásnál kitakarítjuk, kimossuk a hasüreget, szükség esetén úgynevezett drainsövet vezetünk ki a hasüregből.

**A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szuno panaszok:**  
A műtéti metszéssel összefüggően érzészavar, előfordulhatnak átmeneti bélmozgási rendellenességek is.

**A beavatkozás lehetséges szövödményei és azok kezelése:**  
a., általános szövödmény:  
Vérzés, műtéti területi vérömleny, sebfertőzés. Megfelelően végzett megelőzés ellenére trombózis, embolia.  
b., speciális szövödmény:  
Hasüregi tályog, későbbiekben sipoly, bélösszenövés és bélelzáródás lehetséges. Enyhébb esetben gyógyszeres kezelés elegendő, tályogképződés, bélelzáródás kialakulásakor ismételt műtét is indokoltá válik.  
A műtét során ritkán, sajnálatos módon a leggondosabb eljárás alkalmazása mellett is előfordulhatnak égések a bőrfelületen az elektródák által lefedett területen, melyek a használt orvostechnikai eszközök működése közbeni váratlan esemény miatt vagy az alkalmazott kémiai anyagok, izolálás, ragasztóanyagok, kötszer által okozott irritációból erednek.

**A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:**

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Vakbélgyulladás (appendicitis) miatti műtéti végzéséhez**  
**ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ**  
**#!AKTOSZTALYNEVE;**  
**8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**

**BNY-ZMK-SEB-04.**  
**Verziószám:1**

**A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

Tudomásul veszem, hogy a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti beteg-tájékoztatót

Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

**1. A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.**

Zalaegerszeg, .....

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje	..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
--	---

személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

..... 1. tanú (név, lakcím)	..... 2. tanú (név, lakcím)
--------------------------------	--------------------------------

**2. Beavatkozás visszautasítása:**

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén, együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....  
.....

**Figyelmeztetés!** Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.

Zalaegerszeg, .....

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Vakbélgyulladás (appendicitis) miatti műtéti végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-SEB-04.</b> <b>Verziószám:1</b>
--	---	---

tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje személy	beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:	
..... 1. tanú (név, lakcím)	..... 2. tanú (név, lakcím)

**3. Tájékoztatásról való lemondás:**  
**Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.**  
**Helyettem tájékoztassák: .....**  
*Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!*  
.....  
.....  
Zalaegerszeg, .....

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje személy	..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:	
..... 1. tanú (név, lakcím)	..... 2. tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**