

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Alsó végtagi érszűkítő ideg eltávolításához (lumbalis sympatectomia) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-SEB-14. Verziószám:1
---	---

Betegadatok

Beteg neve: #!NEV;	TAJ szám: #!TAJ;
Anyja neve: #!BANYJANEVE;	Születési idő: #!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 háztar |
| b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes | háztartásban nem élő, cselekvőképes |
| ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában | ca) gyermeke, ennek hiányában |
| bb) gyermeke, ennek hiányában | cb) szülője, ennek hiányában |
| bc) szülője, ennek hiányában | cc) testvére, ennek hiányában |
| bd) testvére, ennek hiányában | cd) nagyszülője, ennek hiányában |
| be) unokája | ce) unokája |

Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

Periferiás érszűkület fennállása, a szöveti keringési zavar

Beavatkozás megnevezése:

Az érszűkítő ideg eltávolításával a végtagi keringés javítása azon esetekben, mikor helyreállító műtét még nem indikált, vagy nem végezhető, vagy helyreállító érműtét után a láb, lábszár keringésének javításával a helyreállító érműtét eredményességét segíthetjük.

Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:

Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja

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

A műtét elmaradása esetén fennálló érszűkületes panaszok fokozódását eredményezheti, kiegészítő műtétként történő elmaradása helyreállított érszakasz nyitvamaradási esélyeit ronthatja.

Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

A fent vázolt műtéti sympatectomia mellett ismeretesek még kémiai anyagokkal végzett beavatkozások is, melyet hosszú tüvel történő injekcióval végeznek, de sikeressége elmarad a műtétéhez képest.
Keringésvjavító gyógyszerek szedése, infúziók adása, ami időről időre kórházi kezelést jelent.

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Alsó végtagi érszűkítő ideg eltávolításához (lumbalis sympatectomia) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-SEB-14. Verziószám:1
--	---	---

Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A műtét során az alsó végtaghoz menő érszűkítő ideg – mely a deréki gerinc mellett a hasüregi szervek mögött fut – eltávolítása történik az oldalsó hasfalon ejtett metszéssel keresztül való feltárással. A műtétet altatásban, oldaltfekvő helyzetben végezzük.

A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szűnő panaszok:

Bőr érzészavara, az alsó végtag bőrének érzészavara

A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:

a., általános szövődmények:

A műtét során a szövődmények előfordulásának gyakorisága nagyon kicsi. A műtéti területben előforduló fertőzés, sebgyógyulási zavar gyakorisága az általános műtéti szövődményi aránynak felel meg. A ritkán előforduló vérömleny az esetek nagy részében spontán, szövődménymentesen felszívódik, csak az esetleges nagyobb fokú vérzés tesz szükségessé ismételt feltárást. A megfelelően végzett megelőzés ellenére is kialakulhat trombózis, esetleges embolia.

b., speciális szövődmények:

Ritka szövődmény lehet a fiataloknál előforduló kétoldali beavatkozást követő potenciazavar, mely gondos műtéti technikával megelőzhető.

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 Alsó végtagi érszűkítő ideg eltávolításához (lumbalis sympatectomia) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-SEB-14. 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 betegtájékoztatót

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
--	---

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,

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Alsó végtagi érszűkítő ideg eltávolításához (lumbalis sympatectomia) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-SEB-14. Verziószám:1
--	---	---

<p style="text-align: center;">..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje</p> <p>személy</p>	<p style="text-align: center;">..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult</p>
<p>A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:</p>	
<p>..... 1. tanú (név, lakcím)</p>	<p>..... 2. tanú (név, lakcím)</p>

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,

<p style="text-align: center;">..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje</p> <p>személy</p>	<p style="text-align: center;">..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult</p>
<p>A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:</p>	
<p>..... 1. tanú (név, lakcím)</p>	<p>..... 2. tanú (név, lakcím)</p>

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!