

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Szeptikus sebészeti beavatkozás 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-SZP-01.</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):**

Fertőző góc a testfelszíni, testüreget nem érintő területben.

**Beavatkozás megnevezése:**

A test bármely helyén kialakult gennykeltő kórokozók által okozott bőr, bőr alatti szövetek, mélyebb lágyrészek, testüregek, ízületek, csont akut, vagy krónikus gyulladással elváltozásainak ellátása, beleértve a sérülések által keletkezett és posztoperatív szövődeményként kialakult elváltozásokat is.

A kóros állapot megszüntetése, vagy javítása.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

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

Az eljárással góctalanítjuk a szervezetet. Elmaradása esetén a gyulladás kiterjedése, további szövetelhalások, szepszis, azaz gennyvérűség.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Célzott, vagy széles spektrumú antibiotikus kezelés, bár ez az általában elhalt szövet okozta szeptikus gócot és állapotot kismértékben képes önállóan kezelni.

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Szeptikus sebészeti beavatkozás végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEK, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-SZP-01.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A beavatkozásokat altatásban és a végtagokon feltartásos vértelenítésben végzik. A beavatkozás során a kóros elváltozások feltárása, a nekrotisált szövetek eltávolítása, a terület drénezése – lehet levegő, vagy átmosó -, antibiotikus golyólánc behelyezése történik. A korábban behelyezett, meglazult rögzítő, vagy pótló anyagok eltávolítása, fixateur extern, vagy gipszrögzítés felhelyezése. Az érrekonstrukciós beavatkozással már nem javítható elhalt végtag, vagy végtagrészek eltávolítása is a szeptikus sebészet körébe tartozik.

**A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szűnő panaszok:**

Bőr érzészavar.

**A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:**

Előfordulhat vérrögképződés, verőér elzáródás, ideg és in sérülés, mozgáskárosodás.

A műtét során ritkán, sajnálatos módon a leggondosabb eljárás alkalmazása mellett is előfordulhatnak égések a bőrfelületen az elektródák által lefedett területen, melyek a használt orvostechikai 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**  
**Szeptikus sebészeti beavatkozás végzéséhez**  
**ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ**  
**#!AKTOSZTALYNEVE;**  
**8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**

**BNY-ZMK-SZP-01.**  
**Verziószám: 1**

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

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

.....  
Tudomásul veszem, hogy a műtet / 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

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)

**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>Szeptikus sebészeti beavatkozás 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-SZP-01.</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!**