

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Térdhajlati folyadékot tartalmazó tömlő (Baker-cysta) műtéti kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-41. Verziószám: 1
--	---	--

Betegadatok

Beteg neve: #!NEV;	TAJ szám: #!TAJ;
Anyja neve: #!BANYJANEVE;	Születési idő: #!SZULIDO;

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

Rokonsági foka :

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

1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): A térdhajlatban elhelyezkedő, panaszokat okozó ízületi tok vagy ínühüvely kiboltosulása.
2. Beavatkozás megnevezése: Térdhajlati folyadékot tartalmazó tömlő (Baker-cysta) műtéti kezelése A tömlőt feltárjuk, eltávolítjuk. Megfelelő feltárássra van szükség, mely kb. 8-10 cm, „S” alakú. A műtétet az altatórvos által megválasztott érzéstelenítésben, leggyakrabban vértelenítő mandzsetta felhelyezése mellett, hason fekvő helyzetben végezzük.
Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:
Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja
3. A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata: <u>A beavatkozás/ műtét előnyei:</u> Eltávolításával lehetőség nyílik a térd funkciójának helyreállítására, panaszok megszüntetésére. <u>A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:</u> A térdpanaszok fokozódhatnak, a tömlő mérete növekedhet. A környező ideg- és érzépletek nyomási tünetei alakulhatnak ki.
4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Amennyiben a beteg nem kívánja a Baker-cystát eltávolítani, a lágyrész tömlő percutan punctioja elvégezhető, azonban az esetek nagy százalékában a cysta rövid úton belül ismételtén visszatelődik.

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Térdhajlati folyadékot tartalmazó tömlő (Baker-cysta) műtéti kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-41. Verziószám: 1
--	---	--

5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. Műtét alatti szövődmény lehet vérzés, ér, ideg sérülése. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észrevehető és helyrehozható. A műtét utáni időszakban előfordulhat utóvérzés, sebváladékozás, sebkörnyéki vérömleny, mély lágyrész fertőzések, bekövetkezhet a varrat szakadása, a tömlő kiújulása, mozgászavar, nem teljes gyógyulás. Szövődmények kialakulásának okozója lehet fennálló, egyéb kísérőbetegségek is (magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség, stb). Műtét után természetesen tájékoztatni fogjuk Önt a valós műtéti helyzetről és az elvégzett beavatkozásról. A műtéttel összefüggő szövődményeken túl vannak olyan komplikációk, melyek nem közvetlen műtéti beavatkozás következményei, hanem hosszas kórházi kezelés, immobilizáció velejárói, pl: tüdőgyulladás, felfekvés.

6. A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló panaszok, melyek spontán vagy orvosi beavatkozásra megszűnnek:

A műtét után csak a legritkább esetben fordul elő, hogy valakinek ne legyen kisebb-nagyobb panasza. Leggyakoribb panaszok: fájdalom, (a műtéti beavatkozás nagyságától függően), vérzéses szövődmények, hányinger, hányás, fáradtság, az életkortól és a műtéti beavatkozás nagyságától függő zavartság, delírium, katéter viselést követően jelentkező húgyuti fertőzés, láz, székrekedés, sebszétválás, hegesedés. A panaszok egy része spontán szűnhet, vagy orvosi beavatkozást követően szanálódhat.

7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Műtét után a kórházban tartózkodási idő általában 5-10 nap, a műtét előtti aktivitás visszatérése általában 1 hónap múlva várható. Mindezeket természetesen a kísérőbetegségek megléte, az esetleges szövődmények, a beteg állapota befolyásolhatják. Kérjük, hogy a vizitek alkalmával minden esetlegesen fellépő panaszára hívja fel kezelőorvosának figyelmét.

8. A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Térdhajlati folyadékot tartalmazó tömlő (Baker-cysta) műtéti kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-41. 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 megtevesztéstől, 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)

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Térdhajlati folyadékot tartalmazó tömlő (Baker-cysta) műtéti kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-41. Verziószám: 1
--	--	--

2. Beavatkozás visszautasítása:

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megisméltése 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,

..... 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 megisméltelten 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!