

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Bőralatti tályog (abszcessus),</b> <b>bőr alatti haematoma (vérömleny) feltárása</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEZ, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-59.</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 | 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   |

**1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**

**Panaszai és az elvégzett vizsgálatok az Ön esetében tályogot igazoltak:**

Az érintett terület bakteriális fertőződése által okozott gyulladáshoz besűrűsödés. A folyamat előrehaladtával beolvad és gennyet tartalmazó tályoggá alakul. A fertőzés az esetek döntő többségében a bőr baktérium-környezetéből ered. Fertőzésre hajlamosít a cukorbetegség, a leromlott általános állapot, az immunműködés rendellenessége. Ezek a tályogok általában felszínesek, közvetlenül a bőr alatt helyezkednek el.

**Panaszai és az elvégzett vizsgálatok az Ön esetében vérömlenyt igazoltak:**

Vérömleny, más néven véraláfutás vagy hematoma akkor keletkezik, ha a sérült érből vér lép ki a szövetekbe. Hematóma a legkülönbözőbb helyeken alakulhat ki. A véraláfutás külső erőbehatásra keletkezik, például esés vagy ütés következtében alakul ki. Ha a vérömleny nagyon nagy, feszül, vagy valamelyik ízület közvetlen közelében található, akkor műtétre, feltárássra és dréncső behelyezésére is szükség lehet. A műtéti beavatkozás elkerülhetetlen, ha a vérömleny nyomást gyakorol a szomszédos képletekre. Ha az ilyen hematómát nem kezelik, a csökkent vérellátás a szövetek elhalásához vezet.

**2. Beavatkozás megnevezése:**

A tályogot vagy vérömlenyt, amennyiben helyi érzéstelenítésben nem elvégezhető, az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük. A bőrön a gyulladt, duzzadt területen bőrmetszést ejtünk, szükség esetén többet is. A tályogüreg vagy a vérömleny rekeszeit összenyitjuk, a vérgyülemet, tályog esetén a gennygyülemet kiürítjük. A tályogüreget megfelelő fertőtlenítő oldattal kiöblítjük, és szükség esetén csövet helyezünk az üregbe.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

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

Elhanyagolt esetekben a vérömlenyből tályog keletkezhet. Ezért javasolt a vérömleny mielőbbi kiürítése. A tályog spontán a bőr felszínére törhet. A beolvadás első jelenél feltárást kell végezni a folyamat minél sürgősebb ellátása érdekében. Szükségessé válhat antibiotikum adása is, de csak antibiotikum kezeléssel nem lehet az ilyen eseteket megoldani. A műtéti feltárást elmulasztása, a gyógyulás elhúzódásához, vérmérgezéshez is vezethet.

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Bőralatti tályog (abscessus),</b> <b>bőr alatti haematoma (vérömleny) feltárása</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-59.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

#### 4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Konzervatív kezelés és obszerváció 24-48 óráig történik, amennyiben a tünetek visszafejlődését észleljük, folytathatjuk a konzervatív kezelést. Progresszió esetén azonnal műtéti kezelést kell alkalmaznunk.

#### 5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. Mint minden műtétnél, természetesen ennek is van kockázata. Műtét alatt szövődmény lehetséges: a környező anatómiai képletek, erek, inak, idegek sérülése, és súlyosabb esetben akár ismételt műtét is szükséges lehet. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyrehozható. A műtét utáni szakaszban előfordulhat utóvérzés, sebkörnyéki vérömleny, sebváladékozás, felületes vagy mély lágyrész fertőzések. A gyógyulásban bekövetkezhet varrat elégtelenség, mozgászavar, nem teljes gyógyulás. Ezen szövődmények okozója lehet fennálló, meglévő kísérő betegségek (magas vérnyomás, szívbetegség, cukorbetegség stb.). Műtét után tájékoztatni fogjuk Önt természetesen a valós helyzetről és az elvégzett beavatkozásokról is.

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

Műtét után csak a legritkább esetben fordul elő, hogy valakinek ne legyen kisebb-nagyobb panasza. Leggyakoribb panaszok: fájdalom, hányinger, hányás, kisebb vérzések, fáradtság, zavartság, delírium, húgyúti fertőzés, láz, székrekedés, sebszétválás, heggesedés. Ezek a panaszok általában a lábadozás idején jelentkeznek, és néhány napon belül enyhülnek vagy teljesen elmúlnak.

#### 7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A műtét után, a kórházban tartózkodás várható időtartama 1-10 nap optimális gyógyulás esetén. A műtét előtti aktivitás visszatérése 1-2 hónap. Mindezeket természetesen az esetleges kísérő betegségek megléte, az esetleges szövődmények és a beteg általános állapota is befolyásolják.

#### 8. A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Bőralatti tályog (abscessus),</b> <b>bőr alatti haematoma (vérömleny) feltárása</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-59.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

**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)

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Bőralatti tályog (abscessus),</b> <b>bőr alatti haematoma (vérömleny) feltárása</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-59.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

## 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, .....

..... 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!**