

Beleegyező nyilatkozat

ESWL

Húgyúti kőzúzás testen kívül keltett lökéshullámmal

1. **Beteg neve:**
Születési idő:
Születési hely:
TAJ:

2. **A kezelőorvos (felvilágosítást adó orvos) -neve:**
-beosztása:

4. **Tervezett beavatkozás megnevezése:** húgyrendszeri kő testen kívül gerjesztett lökéshullámmal történő törése.

5. **A beavatkozástól várható előny:** A kő okozta panaszok megszűnése, nyílt, vagy endoscopos beavatkozás nélküli kőmentes állapot elérése, a kő méretének csökkenése, a kövesedés talaján kialakuló gyulladás vesefunkció károsodás megelőzése.

6. **A javasolt műtét gyakori és súlyos kockázatai/következményei:**

- vérzés (veseállomány vérzés, vesetok alatti vérömleny kialakulása),
- a műtét előtt s után átmenetileg vagy tartósan szükségessé válhat egyrészt belső (húgyvezeték katéter, J-J katéter felvezetés) illetve külső vizelet elvezetés (katéter bejuttatása, közvetlenül a vesébe, a bőrön keresztül),
- súlyos lázas állapot esetén a vese, illetve a húgyvezeték műtete is szükségessé válhat,
- a kő törése nem következik be, vagy csak részlegesen,
- az összetört kődarabok nem képesek kiürülni.

7. **A beavatkozások menetének rövid leírása:** Kezelés során ultrahang, vagy röntgen célzó készülék segítségével a követ megkeressük, s kőre irányítva a készülék által keltett hullámokat a követ különböző nagyságú energia egységekkel törjük. A törés alatti fájdalommentességet a beavatkozás előtt, illetve közben adott fájdalomcsillapító gyógyszerekkel biztosítjuk. A kezelés után a tört kődarabok néhány nap, hét, vagy hónap alatt kiürülhetnek.

8. **A műtét a következő érzéstelenítéssel ill. eljárásokkal végezhető:**

általános érzéstelenséget, fájdalommentességet biztosító injekció.

9. Tudomásul veszem, hogy az osztályon orvosképzés, továbbképzés és egészségügyi személyzet képzése folyik, ezért beleegyezem, hogy kezelésben megfelelő felelős személy felügyelete mellett az oktatottak is részt vegyenek.

10. A beleegyző nyilatkozatot elolvastam, a kapott felvilágosítást megértettem, további kérdésem nincs. A fentiek tudtában kérem a műtét elvégzését. A kezelésbe való beleegyezésemet, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

11. Tájékoztatót kaptam arról, hogy külön rögzítésre kerülhetnek az orvosi megjegyzések/a beteg kérdései/ orvos válaszai részben.

Részletes rögzítést:

KÉREK

NEM KÉREK

Orvosi megjegyzések, beteg kérdései, orvos válaszai:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dátum:

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....
Felvilágosítást adó orvos (kezelőorvos) aláírása (pecsét)

Tanúk (a beteg által felkért):

1.....
név

2.....
név

.....
irányítószám, lakcím

.....
irányítószám, lakcím

.....
szig.szám

.....
szig.szám