

Beleegyező nyilatkozat

Urethrotomia interna *Húgycső szűkület miatti belső bemetszése*

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

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

3. *Tervezett beavatkozás megnevezése:* a húgycső szűkület fém eszközzel húgycsővön keresztüli szem ellenőrzés melletti bemetszése, tágítása.

4. *A beavatkozástól várható előny:* a húgycsőszűkület csökkenése, a vizelet panaszok mérséklődése, megszűnése, visszatérő gyulladás gyakoriságának csökkenése.

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

- vérzés,
- külső nemi szervek vizenyője (ödéma),
- átmeneti katéter viselés,
- húgycsősérülés,
- sebfertőzés, fertőzés,

6. *A beavatkozás menetének rövid leírása:* A műtét során érzéstelen állapotban, síkosító használata után fém eszközzel szem ellenőrzés mellett a húgycsőbe hatolunk, majd a szűkült szakaszt bemetsszük. Ezt követően az esetleges vérzéseket csillapítjuk. A húgyhólyagot kimossuk, és áttekintjük. A műtétet követően – szövődménymentes esetben- néhány napig kell a kórházban maradni és átmenetileg vagy tartósan katétert kell viselni.

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

- helyi érzéstelenítő injekció,
- gerinc érzéstelenítés,
- altatás,
- helyi érzéstelenítő olaj

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

9. A beleegyező 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.

10. Tájékoztatást 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)

Tanuk (a beteg által felkért):

1.....
név

2.....
név

.....
irányítószám, lakcím

.....
irányítószám, lakcím

.....
szig.szám

.....
szig.szám