

Beleegyező nyilatkozat

Prostata húgycsővön keresztüli műtete (TURP)

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

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

3. **Tervezett beavatkozás megnevezése:** prostata húgycsővön keresztüli endoszkópos rezekciója (TURP).

4. **A beavatkozástól várható előny:** A prostata különböző okokból történő megnagyobbodása vizelési zavarokat okozhat. Műtét után ezen panaszok javulása, a vizelet sugár erősödése, a vizelet csepegés csökkenése, megszűnése, a gyakori vagy éjszakai vizelések ritkulása, a vizelet elakadások megszűnése várható

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

- sebgyógyulási zavar,
- véres vizelet, vizelet fertőzöttség
- továbbra is fennmaradó, vagy visszatérő vizelési panaszok,
- vizelettartási zavarok,
- szexuális funkciózavar
- a műtéti terület hegesezése folytán kialakuló húgycsőszűkület
- műtéti vérzés miatt esetleg vérpótlás is szükségessé válhat
- a vér felhígulásából adódó, a műtéttel összefüggő vérelektrolit eltérések, melyek keringési rendellenességeket válthatnak ki (TUR szindróma)

6. **A beavatkozás menetének rövid leírása:** Teljes érzéstelenségben a húgycsővön keresztül speciális endoszkópot vezetünk be a prosztatáig. A prosztatát belülről kifelé haladva körkörös szeleteljük elektromos kacs segítségével egészen a tokig és a darabokat az endoszkópon keresztül eltávolítjuk, vagy hasonló módszert használva elporlasztjuk a prosztatát lézer energia segítségével. Vérzéscsillapítást követően katétert helyezünk be, melyet néhány napig tartunk benn. A műtét általában 1 órát tart.

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

- gerinc érzéstelenítés,
- altatás.

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