

Beleegyező nyilatkozat

Prostata daganat miatti kétoldali hereeltávolítás

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

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

4. **A beavatkozástól várható előny:** A daganatos további terjedésének megszüntetése, a here hormontermelésének megszüntetésével.

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

- vérzés miatt a herezacskóban véromlenny keletkezhet, ami miatt esetleg annak sebészi megnyitása válhat szükségessé,
- sebgyógyulási zavar, fertőzésn
- trombózis: vérrögösödés az alsóvégtag és a kismedence mély visszereiben, tüdőembólia,

6. **A beavatkozás menetének rövid leírás:** A here oldalán a lágyékhajlatnak megfelelően ejtett metszésből lekötjük és átvágjuk az ondózsínort a hasüregbe fordulásánál. Ezt követően az ondózsínórral együtt a herét a mellékherével a herezacskóból előemeljük és eltávolítjuk. A hasfalat a lágycsérvtű műtétének szabálya szerint megerősítve zárjuk.

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

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

8. Egyetértek a fentebb leírt beavatkozás elvégzésével, annak pontos menetét megértettem, számomra érthető módon, körültekintően történt, ismereteimre, koromra, lelki állapotomra is figyelemmel. A szóbeli és írásbeli felvilágosítást megértettem és elégségesnek tartom. A feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő választ kaptam, és megfelelő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy döntsek arról, milyen kezelést kívánok igénybe venni. További kérdést nem kívánok tenni, mert döntéseimhez megfelelő mennyiségű, és minőségű tájékoztatást kaptam. Tudomásom van arról, hogy amennyiben mégis újabb kérdésem merülne fel, arra kezelőorvosom további felvilágosítást ad.

9. 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