

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>A bőrben, a bőr alatti szövetekben elhelyezkedő góccok kimetszése szövettani vizsgálat céljából</b>		
<b>Változat: 04</b>	<b>Hatályos: 2015.08.28.</b>	<b>1. oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás 3</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./S./101.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Nagy Ákos György osztályvezető főorvos</b>		

Beteg neve: ..... TAJ szám: .....

**Tisztelt Betegünk (Szülő/Gyám)!**

A beavatkozáshoz, melyet tervezünk az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt az alábbiakban tájékoztatjuk a betegségről, a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, ill. a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről. Kérjük, olvassa el figyelmesen ezt a tájékoztatót. Amennyiben további kérdései merültek fel, kérjük, forduljon kezelőorvosához, akinek kötelessége az Ön összes kérdésére megfelelő választ adni.

**Az Ön betegsége:**

A bőrben, a bőr alatti szövetekben elhelyezkedő góc.

**Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):** .....

**A beavatkozás tervezett időpontja:** .....

**A javasolt beavatkozás lényege:**

A beavatkozás történhet helyi, illetve vezetéssel érzéstelenítésben vagy altatásban. A bőrmetszést követően az elváltozásból anyagot veszünk ki, ezt szövettani vizsgálatra küldjük.

**A javasolt beavatkozás előnye:**

Kis beavatkozással elérhetjük, hogy a szövettani eredmény tisztázására a további kezelési, gyógyítási tervet felállíthatjuk.

**A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:**

Az alapbetegségről nem nyerünk kellő információt és így a tudomány mai állásának megfelelően nem tudjuk gyógyítani.

**A javasolt beavatkozás kockázata, szövődményei:**

A kezelés eredményességéért, a rizikómentességért a tudomány mai állása szerint abszolút garanciát a kezelőorvos nem vállalhat. A sebészeti beavatkozás általános veszélyei (ld. lejjebb) a legnagyobb orvosi gondosság ellenére sem mindig kerülhetők el. Bármely műtéti beavatkozásnál előfordulhatnak kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos, vagy rendkívül súlyos szövődmények. A szövődmények elkerülése céljából a mindenkor érvényes szakmai ajánlásoknak megfelelően alkalmazunk trombólízis és antibiotikum profilaxist (megelőzést). Mindent elkövetünk az esetlegesen kialakuló szövődmények időben történő felismeréséért, káros következményeinek megszüntetéséért.

**Általános műtéti szövődmények:**

vérzés, utóvérzés; szomszédos szervek sérülése (pl. erek, bél); tüdőgyulladás; embólia, trombólízis; fertőzés átvitele; sebgyógyulási zavar; bőrsérülések (elektromos áram, fertőtlenítő szerek), vagy a műtétet végző csapat legnagyobb gondossága mellett is előfordulhat, hogy a műtéti területen idegentest marad hátra. Ehhez járulhatnak még a konkrét esettel kapcsolatos további speciális szövődmények, következmények, melyekről a műtét előtt szóbeli tájékoztatást kap. Természetesen nem áll módunkban minden lehetséges szövődményt a beleegyező nyilatkozat kereteiben felsorolni. Lehetősége van operáló orvosával a további lehetséges szövődményekről tájékozódni.

**Kérjük,** hogy a vizitek alkalmával minden esetlegesen fellépő panaszára hívja fel kezelőorvosa figyelmét. Segítse munkánkat azzal, hogy betartja kezelőorvosa és a kezelő személyzet utasításait, segíti a vizsgálatok, kezelések elvégzését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel ezek a lehetséges szövődmények kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

**Betegtájékoztató és beleegyező lap**

<b>Dokumentum címe:</b>	<b>A bőrben, a bőr alatti szövetekben elhelyezkedő góccok kimetszése szövettani vizsgálat céljából</b>		
<b>Változat: 04</b>	<b>Hatályos: 2015.08.28.</b>	<b>2. oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás 3</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./S./101.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Nagy Ákos György osztályvezető főorvos</b>		

**Kérjük** beleegyezését ahhoz, hogy a tervezett műtét közben annak tervét módosíthassuk a szükségleteknek, illetve az Ön érdekének megfelelően, mivel váratlan helyzetekben a talált elváltozások a műtét kiterjesztését indokolhatják. Ezekben az esetekben a műtét felfüggesztése, a kiterjesztés elhalasztása az Ön számára káros megterhelést jelentene és a későbbiekben újabb műtétet tenne szükségessé.

Tájékoztatjuk, hogy a beavatkozást jogában áll visszautasítani, de ennek következményei Önt terhelik.

**Kérjük**, hogy a fentiek áttanulmányozása és megértése, kérdéseinek orvosával történő megbeszélése és gondos mérlegelése után írja alá nyilatkozatát. Akkor lássa el aláírásával a beleegyező nyilatkozatot, ha elégedett az írásban illetve szóban kapott tájékoztatással.

**Lehetséges alternatív megoldások:**

Sebészi kezelésének nincs alternatívája.

Kérjük, hogy a vizitek alkalmával minden esetlegesen fellépő panaszára hívja fel a kezelőorvosa figyelmét.

**Beleegyező nyilatkozat**

Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez. A javasolt gyógmód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam. A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem, és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják. Beleegyezem abba, és kérem, hogy rajtam (gyermekemen, gondozottamon) az alábbi műtétet, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék:

.....  
 a felvilágosítást végző orvos aláírása

.....  
 a beteg / törvényes képviselő aláírása

Siófok, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

**Elutasító nyilatkozat**

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....  
 a felvilágosítást végző orvos aláírása

.....  
 a beteg / törvényes képviselő aláírása

.....  
 1. tanú aláírása

.....  
 2. tanú aláírása

Siófok, .....év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc.

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!