



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Emlő rosszindulatú elváltozásának széles kímetszése őrszem nyirokcsomó eltávolításával

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatálybalépés:
2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:..

☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképés

☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

☐ bb) gyermeke, ennek hiányában

☐ bc) szülője, ennek hiányában

☐ bd) testvére, ennek hiányában

☐ be) nagyszülője, ennek hiányában

☐ bf) unokája

☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképés

☐ ca) gyermeke, ennek hiányában

☐ cb) szülője, ennek hiányában

☐ cc) testvére, ennek hiányában

☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában

☐ ce) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli-e támogatója jelenlétét?

Igen / nem¹

Ha igen:

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Az emlő rosszindulatú elváltozása.

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): A emlőben tapintható elváltozás széles, ép környezetével együtt történő kímetszése. Amennyiben az elváltozás nem tapintható, műtét előtt ultrahangos vizsgálat segítségével jelöljük meg az elváltozás helyét, és ennek alapján távolítjuk el.

A hónalj őrsem nyirokcsomó eltávolítása, műtét alatti kórszöveti fagyasztásos ill. citológiai vizsgálata, áttétes nyirokcsomó esetén a hónalji nyirokcsomó lánc eltávolítása.

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

¹A megfelelő rész aláhúzendő.

A gyógyulás esélyét a daganat teljes eltávolítása adja. A daganat eltávolításával csökkenthető az áttétképződés valószínűsége.

Közvetlenül műtét után felléphet vérzés, vagy kialakulhat a műtési területben vérömleny, mely miatt újabb műtét válhat szükségessé. A műtési seb gyulladása, ill. váladékozása ritkán fellépő szövődmény. A műtét során visszahagyott cső eltávolítását követően a műtési területben visszamaradhat váladékgyűlem, melynek tüvel történő leszívása válhat szükségessé.

Az emlődaganat terjedése időnként nem tapintható, ill. röntgen, UH segítségével nem látható, ezért előfordulhat, hogy az eltávolított preparatum szövettani feldolgozása során daganatos sejteket találnak a széli részeken amely újabb műtétet tesz szükségessé az onkológiailag elfogadott daganateltávolítás érdekében.

Minden műtési beavatkozás után megnő a vérrög képződés esélye (thrombosis, embolia) melyet bőr alá adott kis molekulású Heparin adásával csökkentünk. Az eltávolított elváltozás méretétől függően előfordul bizonyos fokú deformitás, ill. emlő asszimetria.

Speciális szövődmény a hónalji nyirokcsomólánc eltávolítása esetén az érintett oldali felső végtag vizenyője jelentkezhet, melynek mértéke gyógytornakezeléssel csökkenthető.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

- személyre szabott kockázatok:

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata: Amennyiben a rosszindulatú elváltozások nem kerülnek eltávolításra, akkor tovább növekednek, az emlő kifelégyesedését okozhatják, nem gyógyuló váladékozó sebek alakulhatnak ki, ill. különböző szervekben (tüdő, csont, máj stb.) áttétek keletkezhetnek.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Ezt a fajta beavatkozást más módszerekkel helyettesíteni nem lehet.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: A műtétet altatásban végezzük. Törekszünk emlőmegtartó műtét végzésére, amennyiben az emlő nagysága, ill. a daganat mérete megengedi: bőrmetszést követően szélesen kimetsszük a daganatot, igyekszünk ép környezetével együtt eltávolítani. Minden esetben szövettani vizsgálatra küldjük az eltávolított preparatumot. Kézi gamma kamerával felkeressük a hónaljban elhelyezkedő őrszem nyirokcsomót, eltávolítjuk, gyors fagyasztásos szövettani vizsgálatra küldjük. Amennyiben az őrszem nyirokcsomó ez utóbbi vizsgálattal áttétnek tűnik, elvégezzük a teljes hónalji nyirokcsomólánc eltávolítást. Amennyiben szükséges, a visszamaradó műtési üregbe vékony-puha műanyag csövet hagyunk vissza, hogy a keletkező sebváladékot, nyirkot kivezesse.

A kórházi tartózkodás ideje a bent hagyott csövön ürülő váladékozástól függ: kb. 3-14 nap.

Kb. 10-14 nap múlva a varratokat eltávolítjuk, a végleges szövettani eredmény birtokában Emlő Team dönt a további kezeléstről. Amennyiben a szövettani eredmény alapján az elváltozás eltávolítása nem történt meg az épből ismételt műtét válhat szükségessé. Amennyiben a hónalji nyirokcsomó gyorsfagyasztásos és végleges szövettani feldolgozása közötti eredmény különböző, újabb műtét válhat szükségessé (az érintett oldali nyirokcsomólánc eltávolítása).

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

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

Figyelmeztetés!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképés kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképés kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....
.....

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségemről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

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

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....

tanú (név, lakcím)

.....

tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház 4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700
--

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.