



Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház
9024 Győr, Vasvári Pál u. 2-4.

Beteg-felvilágosítási és - hozzájárulási nyilatkozat nyaki rekonstrukciós verőérműtétéhez (Stenosis ACI I. sin.)

Név:

Cím:

Születési idő:

Tájékoztatjuk önt, hogy a **rekonstrukciós verőérműtét elvégzéséhez** írásos beleegyezése szükséges. A beleegyezés aláírása előtt gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz.

1. A betegségem, amely kórisme szerint (magyarul is):

A bal oldali nyaki ütőér 80-85%-os szűkülete Stenosis arteriae caritodis I. sinistri

A javasolt beavatkozás, műtét, amely (magyarul is):

A bal koponyába futó nyaki ütőér helyreállító műtete.

Érfestés során értágítás a nyaki baloldali ütőéren, Stent arteriae carotis internae I.sinistri

Kijelentem, hogy a beavatkozás természetéről és céljáról, a várható előnyökről és a műtéttel járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól megfelelő tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék.

2. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszersztől mentesen adom.

Ennek alapján kérem, hogy rajtam a fent javasolt beavatkozás(oka)t elvégezzék.

3. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják:

- vérzés, allergia
- sebfertőzés,
- thrombosis (vérrögösödés a gyűjtőér területén),
- reocclusio (ér újraelzáródás),
- agyi keringési zavar (TIA, RIND) – átmeneti, végleges,

A nyilatkozat visszavonásig érvényes!

- féloldali bénulás 3 % gyakorisággal.
 - ér-, idegsérülés.
4. A műtéti beavatkozás során azon változtatásokkal, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. Tudomásul veszem, hogy a műtétet az osztályvezető főorvos (vagy megbízottja) által kijelölt **kezelőorvos** fogja végezni. Tanúsítom, hogy kezelőorvosom kijelölése megtörtént. Felvilágosítottak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész állapotomról illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni engem.
 5. Beleegyezem a szükségesnek tartott vér, vérkészítmények, gyógyszerek vagy más szükséges készítmények adásába.
 6. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.
 7. Beleegyezem, hogy kórházi kezelésem időtartama alatt a betegségemre vonatkozó orvosi dokumentáció (lázlap) a kórházi ágy lázlap tartóján elhelyezve az egészségügyi személyzet számára folyamatosan hozzáférhető legyen. Beleegyezem, hogy a műtét során fénykép vagy videó felvételek készüljenek, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
 8. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:
 - 8.1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
 - 8.2.
 - 8.3. az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
 - 8.4.
 - 8.5. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:
 9. Amennyiben Ön betegségéről, különösen annak daganatos természetéről nem kíván részletes felvilágosítást kapni, úgy az alábbi nyilatkozatot - kézírásával megismételten leírva - aláírásával erősítse meg. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

"Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket kezelőorvosomra bízom."
 10. **A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs.**

Győr, 20.... hó nap

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

A nyilatkozat visszavonásig érvényes!

1 SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegtől vagy illetékes személytől a hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi műtét szükséges.

Győr, 20.... hó nap

.....

1. orvos

.....

2. orvos