



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Bőrdaganat műtéti eltávolítása

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatálybalépés:
2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTÁLY:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD: 150110602

Tel.: +3642599700

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes 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, cselekvőképes

☐ 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, cselekvőképes

☐ 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:

¹megfelelő rész aláhúzendó

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Bőr jóindulatú daganata, bőr rosszindulatú daganata, bőr bizonytalan viselkedésű daganata.

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Bőrdaganat műtéti kimetszése

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

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

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

A bőrelváltozások lehetnek jóindulatúak vagy rosszindulatúak (bőrrák). A bőrgyógyászati vélemény alapján állítjuk fel a műtéti tervet, ez alapján döntünk a műtéti kiterjesztésről.

A műtét előnye: A rosszindulatú, sérüléseknek kitett, fertőzésre, begyulladásra hajlamos bőrelváltozás eltávolítható és szövettani vizsgálatra küldhető.

A műtét kockázatai:

I. Általános műtéti kockázatok: trombózis/embólia, agyi keringészavar, sebfertőzés, vérkeringési zavarok előfordulhatnak. Infúzió bekötése, centrális vénakatóter behelyezése is szükségessé válhat, ennek kapcsán a vénák gyulladása, bennük vérrögképződés alakulhat ki. A fektetés, műtéti előkészítés során idegsérülést okozó nyomási károsodás, a nyaki gerinc sérülése is kialakulhat. A műtéti fertőtlenítés, elektromos kés használata során gyulladások, hegek, égési sérülések keletkezhetnek. Az általános műtéti kockázatokat befolyásolják a kísérőbetegségek (pl. cukorbetegség, magasvérnyomás, szívritmuszavarok, vesebetegségek, tüdőbetegségek), melyek tünetei rosszabbodhatnak. A véralvadást befolyásoló gyógyszerek használata megnövelheti a műtét utáni utóvérzés rizikóját.

II. A műtét lehetséges mellékhatásai, szövődményei:

- A helyi érzéstelenítésre alkalmazott gyógyszerek allergiás reakciót és vérkeringési reakciókat válthatnak ki (duzzanatok, viszketés, bőrkiütés, vérkeringési sokk, szívritmuszavarok, vérnyomáscsökkenések).
- Duzzanat, véraláfutás és fájdalom a műtéti területen.
- A seb környékén zsibbadás, érzéketlenség alakul ki a bőrdegek szükségszerű átvágása miatt. Ez idővel javulhat, de maradandó is lehet.
- A leggondosabb műtéti technika mellett is képződik hegyszövet, mely a műtéti terület tömöttebb tapintatát, megkeményedését eredményezi.
- A bőrsebek megfelelő műtétechnikája mellett is gyógyulhatnak nagy, torzító heggel (keloid).
- Vérzés, vérömleny kialakulása a műtéti területen, mely ismételt sebfeltárást tehet szükségessé.
- Folyadékgyülem (szeróma) kialakulása a bőrfelszín alatt, melyet le kell bocsátani.
- Sebfertőzés, sebgyógyulási zavar, sebszétválás, bőrelhalás, melyek másodlagos sebgyógyulással és fokozott hegképződéssel járnak, ilyenkor gyakoribbak bőrtorzító hegek, deformitások.
- A beavatkozás a műtéti terület kontúrjának (fül, orr, szemhéj, szájzug) megváltozásával járhat, illetve az érintett bőrtületen kialakulhatnak besüppedések, előemelkedések, a bőr feszülése. Maradandó esztétikai károsodás.
- Nyirokvizenyő a műtét utáni napokban természetes jelenség, főleg a szemhéjak körül, az alsó szemhéj alatt végzett műtétek után látható.
- Távoli területről vett bőrleány átültetése során a terület hegese, esztétikai károsodása.

FONTOS: Amennyiben a szövettani lelet alapján az elváltozás rosszindulatú és eltávolítása nem az éppen vagy túl keskeny szegéllyel történt, újabb műtetre lehet szükség. Az éppen való eltávolítás esetén is van kisebb esély a rosszindulatú daganat kiújulására, ezért rendszeres kontrollt javasolunk.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

Az eltávolítandó szövetszaporulat megnövekedhet, kifejezettebbé téve az eddigi panaszokat, a jóindulatú bőrdaganatok idővel rosszindulatúvá válhatnak, a rosszindulatú bőrdaganatok gyorsan növekedhetnek, ráterjedhetnek a környező szövetekre, akár áttétet is adhatnak a nyaki nyirokcsomókba és távoli szervekbe, az egész szervezetet megbetegítheti és a beteg halálához vezethet. Vérzés a daganatból, bűzös váladékozás, arc, fej- nyaki terület torzulása, gyógyíthatatlanná válás, műtéti lehetőség elvesztése.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

A bőrelváltozások egy része kenőcsökkel, fénykezeléssel, fagyasztással, égetéssel és egyéb bőrgyógyászati eljárással kezelhető. Rosszindulatú daganatok sugárkezeléssel, kemoterápiával, biológiai terápiával kezelhetők. Ezekre akkor van lehetőség, ha a bőrgyógyász és/vagy onkológus ezek valamelyikét ítéli a legmegfelelőbbnek az elváltozás megoldására, esetleg a beteg a műtetre valamilyen okból alkalmatlan vagy a műtétet elutasítja.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A műtétet általában helyi érzéstelenítésben, ritkán altatásban végezzük. A bőrelváltozás teljes egészében történő eltávolítására törekszünk. Ennek érdekében, a szakma szabályai szerint, a bőrdaganat körül egy kellően széles, szabad szemmel éppnek tűnő bőrsávot is eltávolítunk a daganattal együtt (rosszindulatú daganat gyanúja esetén ez akár 5-10 mm széles is lehet). A sebszéleket lehetőség szerint egyenes vonalban zárjuk, azonban, ha túl nagy a bőrhány, szükségessé válhat a szomszédos területekről átfördített bőrleányok képzése vagy szabadon átültetett bőrdarabka alkalmazása. A sebet víz nem érheti, naponta fertőtlenítés, sebkötözés szükséges. Nagy kiterjesztésű műtéteknél antibiotikum szedése is szükséges lehet a sebfertőzés elkerülésére. Varratszedés 7-14 nap után esedékes.

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 megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....

.....

(p:)
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 cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességben 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 cselekvőképes 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:

(p:)
kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

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

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.

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:

.....
(p:)
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 betegségről 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)

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.

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

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