



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Emlő rosszindulatú elváltozásának széles kimetszése 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 / nem<sup>1</sup>

**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 kimetszése. 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 hónalj őrsem nyirokcsomó lánc eltávolítása.

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

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

<sup>1</sup>A megfelelő rész aláhúzendő.

## 5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:

A beavatkozás célja a daganat onkológiailag biztonságos eltávolítása az emlő megtartása mellett. A daganat széles kimetszésével, ép széli résszel történő eltávolítás esetén nő a gyógyulás esélye, és csökken az áttétképződés, valamint a kiújulás kockázata.

## Lehetséges szövődmények:

- Vérzés, vérömleny, mely ritkán ismételt műtétet tehet szükségessé,
  - Sebgyulladás, váladékozás, elhúzódó sebgyógyulás,
  - A drén eltávolítása után visszamaradó folyadékgyülem, amely tüleszívással kezelhető,
  - A szövettani feldolgozás során előfordulhat, hogy az eltávolított szövetszéleken daganatos sejtek mutathatók ki – ilyenkor **ismételt műtét válhat szükségessé**,
  - Vérrögképződés (thrombosis, embolia) megelőzésére kis molekulású Heparint alkalmazunk,
  - Az eltávolított állomány mértékétől függően előfordulhat emlődeformitás, asszimetria,
  - Hónalji nyirokcsomó eltávolítás esetén az érintett karon nyirokódéma alakulhat ki, mely gyógytornával mérsékelhető.
- 
- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
  - személyre szabott kockázatok:

---

## 6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A rosszindulatú emlődaganat eltávolításának elmaradása a daganat növekedéséhez, kifeléyesedéshez, nem gyógyuló, fájdalmas, váladékozó sebekhez vezethet. A daganat a nyirok- és véráram útján áttéteket képezhet (tüdő, máj, csont, agy), amelyek **a beteg állapotának súlyos romlásához, szervi elégtelenséghez és végső soron halálhoz vezethetnek**. A műtét célja a gyógyulás lehetőségének biztosítása, illetve a túlélés meghosszabbítása.

---

## 7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Alternatív megközelítés lehet a daganat neoadjuváns (műtét előtti) gyógyszeres kezelése (kemoterápia, hormonterápia), amely a daganat méretét csökkentheti, így a későbbi emlőmegtartó műtét válhat lehetővé. A daganat sebészi eltávolításának azonban **nincs valódi alternatívája**: csak a kimetszés biztosítja a daganatos szövetek teljes eltávolítását.

---

## 8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A műtét altatásban történik. Az emlőben elhelyezkedő daganatot törekszünk ép széli résszel együtt kimetszeni, az emlőt lehetőség szerint megtartva. Nem tapintható elváltozás esetén a daganatot előzetes UH- vagy mammográfiás vezetés segítségével lokalizáljuk. A daganat eltávolítása után kézi gamma-kamerával azonosítjuk és eltávolítjuk az őrszem nyirokcsomót. Ezt fagyasztásos vagy végleges szövettani vizsgálatnak vetjük alá.

Amennyiben az őrszem nyirokcsomóban nagyobb áttétesnek bizonyul, elvégezzük a teljes hónalji nyirokcsomólánc eltávolítását. A sebváladék elvezetésére szükség esetén drént hagyunk vissza, melyet a váladékozás függvényében általában néhány napon belül eltávolítunk.

A kórházi tartózkodás hossza általában 3–14 nap.

A varratokat 10–14 nap után távolítjuk el. A végleges szövettani eredmények alapján az Emlő Team dönt a további onkológiai kezeléstről (sugarkezelés, kemoterápia, hormonterápia, biológiai terápia).

Amennyiben a szövettani vizsgálat alapján az elváltozás nem került az épben eltávolításra, vagy az őrszem- és a végleges vizsgálat eredménye eltér, **ismételt műtét válhat szükségessé**. A későbbiekben rekonstrukciós műtét lehetősége is adott.

## 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 cselekvőképes 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 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:

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt<sup>2</sup>:

.....  
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

### 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):

---

<sup>2</sup> 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

tanú (név, lakcím)

|                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center"><b>Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház</b><br/> <b>4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

<sup>3</sup> 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.