



**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Emlő rosszindulatú elváltozásának széles kimetszése őrszem**  
**nyirokcsomó eltávolításával**

**EHB 7-09/00-43**

Változat: 1  
Hatályba lépés:  
2017-01-09

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház**

**Telephely megnevezése:**

**Telephely címe:**

**OSZTALY NEVE:**

*Osztályvezető főorvos:*

NEAK KÓD:

**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

cc) 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> |
| <b>Ha igen:</b>   |                         |
| 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 ..... hónaljli őrszem nyirokcsomó eltávolítása, műtét alatti kórszövetteni fagyasztásos ill. cytológiai vizsgálata, áttétes nyirokcsomó esetén a hónaljli nyirokcsomó lánc eltávolítása.

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

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

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

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

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 váladékgyülem, 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 kockázatai:** Amennyiben a rosszindulatú elváltozások nem kerülnek eltávolításra, akkor tovább növekednek, az emlő kifehélyesedését okozhatják, nem gyógyuló váladékozások 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 preparátumot. Kézi gamma kamerával felkeressük a hónaljban elhelyezkedő őrszem nyirokcsomót, eltávolítjuk, gyors fagyasztásos szövettani vizsgálatra küldjük. Amennyiben az őrszem nyirokcsomó ez utóbbi vizsgálattal áttétesnek 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 kényszerítéstől 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 megisméltése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

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

### **Figyelmeztetés!**

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

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

## 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)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház  
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700