

EGYNAPOS SEBÉSZET

## TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Húgycső-, húgyhólyag-tükrözés  
(Cystoscopy)

Beteg neve: ..... Született: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

TAJ szám: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Törzsszám: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## KEDVES BETEGÜNK!

A beavatkozáshoz, melyet Önnek tanácsolunk, az Ön beleegyezésére van szükség! Ahhoz, hogy Ön dönthessen, a vizsgálat, illetve beavatkozás előtt orvosa tájékoztatja Önt betegségéről, valamint a tervezett beavatkozás módjáról, jelentőségéről, és azokról a rizikótényezőkről és szövődményekről, amelyekkel a tervezett beavatkozás járhat. Ez a beteg tájékoztató segít Önnek felkészülni és a fontosabb tényeket megismerni.

A kezelőorvos neve:.....

(felvilágosítást adó orvos) beosztása:.....

1. **Tervezett beavatkozás megnevezése magyarul:** húgycső-, húgyhólyag-tükrözés
2. **A műtét tervezett időpontja:** 201 \_ . év \_\_\_\_\_ hó \_ . nap.
3. **A beavatkozástól várható előny:** betegség, kórisme megállapítása, megerősítése, vagy kizárása, korábban felfedezett és már kezelt húgyhólyag-betegség aktuális állapotának megítélése, ellenőrzése. A beavatkozás lehetőséget nyújt a továbbiakban szükséges gyógykezelés megtervezéséhez, az eszköz segítségével szükség szerinti terápia és egyéb kezelési eljárásokhoz nélkülözhetetlen beavatkozások végezhetőek el.
4. **A javasolt gyógymód, kezelés, műtét elmaradásának kockázatai/következményei:** a pontos kórisme megállapítása elmarad, vagy késedelmet szenved a betegség előrehaladása, mely helyi és az általános állapotot rontja, a gyógyítás esélyeit csökkenti, a megfelelő gyógykezelés elmarad, illetve késedelmet szenved.
5. Tudomásul veszem, hogy adódhatnak olyan körülmények, melyek megghiúsíthatják, módosíthatják a tervezett beavatkozást és szakszerű műtét esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásumat.
6. **A javasolt műtét gyakori és súlyos kockázatai/következményei:**
  - húgycső-nyálkahártya, húgycsőfal sérülése, mely később húgycsőszűkülethez vezethet
  - hólyagnyálkahártya-sérülés,

- vérzés (alvadékok miatti vizeleti képtelenség, átmeneti katéter-viselés válhat szükségessé),
- dűlmirigy-sérülés, fertőzés, húgycső, dűlmirigy (prosztata), ondóhólyag, mellékhere gyulladása,
- húgyhólyag-gyulladás,
- felszálló vese-, vesemedence-gyulladás,
- vérmérgezés, a szervezet általános fertőzése,
- vizeletrekedés,
- húgycső álútképződés,
- enyhe fokú vizelettartási zavar.

**7. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt műtét során:**

- hasfalon keresztül katéter behelyezése a húgyhólyagba,
- katéter behelyezése a húgycsővön keresztül a hólyagba,
- húgyvezeték-katéter felvezetése,
- kettős J katéter felvezetése,
- hólyag, húgyvezeték-követ eltávolító segédeszköz (kosár, hurok) felvezetés,
- hólyagbeli idegentest-eltávolítás,
- kettős J katéter eltávolítása,
- szövetminta-vétel a hólyagból,
- hólyagkö zúzása, eltávolítása,
- húgyvezeték katéteren át a húgyvezeték, a vese üregrendszer röntgen kontrasztanyaggal történő feltöltése,
- vérzéscsillapítás, elektronikus műszer segítségével,
- a tükrözés során talált elváltozás által megkívánt egyéb beavatkozás.

**8. A beavatkozás menetének rövid leírás:** a beteg kőmetsző helyzetben fekszik a vizsgálóasztalon. A húgycsőnyílást és környékét fertőtlenítjük. Férfiak esetén a húgycső-nyálkahártya érzéstelenítő-csúsztatógéllal való előkezelése. Az eszközt kíméletesen vezetjük a húgyhólyagba, követte a húgycső élettani görbületeit. Megállapítható a húgycső tágassága, kóros nyálkahártya-eltérések, daganat, kő, idegentest, szűkület, húgycsőfal elváltozásai, a záróizom működőképessége, a dűlmirigy hossza, nagysága, a hólyagnyak állapota. Áttekintjük a húgyhólyag ürterét, a nyálkahártya állapotát, a húgyvezetékek szájadékait, innen a vizeletes akciokat, láthatjuk a húgyhólyag kóros elváltozásait (gyulladás, kő, daganat, idegentest, stb.). Húgyvezeték-katéteren elvezetjük átmenetileg a lezárt vese gennyes vizeletét.

**9. A javasolt kezelési módon kívüli eljárások lehetőségeiről, kockázatairól és azok várható kedvező és kedvezőtlen hatásairól felvilágosítást kaptam, melyek a következők:**

- a húgyhólyag-tükrözést helyettesítő, vele egyenértékű vizsgálat nincs!

**10. A műtét a következő érzéstelenítéssel, illetve eljárásokkal végezzük:**

- helyi érzéstelenítő gél  
 gerinc érzéstelenítés,  
 altatás.

**11. Amennyiben további felvilágosításra lenne szükség, a következő telefonszámon illetve címen érhetem el orvosomat, aki további felvilágosítást adhat:**

.....

**12.** Egyetértek a fentebb leírt beavatkozás elvégzésével, annak pontos menetét megértettem, számomra érthető módon, körültekintően történt, ismereteimre, koromra, lelki állapotomra is figyelemmel. A szóbeli és írásbeli felvilágosítást megértettem és elégségesnek tartom. A feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő választ kaptam, és megfelelő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy döntsek arról, milyen kezelést kívánok igénybe venni. További kérdést nem kívánok tenni, mert döntéseimhez megfelelő mennyiségű és minőségű tájékoztatást kaptam. Tudomásom van arról, hogy amennyiben mégis újabb kérdésem merülne fel, arra kezelőorvosom további felvilágosítást ad.

Kijelentem, hogy az alábbi kérdésekben részletes, szóbeli tájékoztatást kaptam:

- egészségi állapotom, beleértve ennek orvosi megítélését,
- a javasolt beavatkozásokról,
- a javasolt vizsgálatokról beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményéről, esetleges sikertelenségéről, illetve a várttól eltérő eredményéről, és annak okairól,
- az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- a beavatkozás egyik reális kockázatáról és szerencsére ritka szövődményéről, a beavatkozás során használt idegentestek, anyagok testüregben vagy sebben való ok nélküli maradásáról,
- a további ellátásokról,
- a javasolt életmódról,
- a beteg tájékoztatás során kiemelt figyelmet fordítottak a kezelés általánosan ismert jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozás lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára.

**13.** A beavatkozás egyik reális kockázata és szerencsére ritka szövődménye a beavatkozás során használt idegentestek, anyagok testüregben vagy sebben való ok nélküli maradása. A hazai és nemzetközi állásfoglalás egységes abban, hogy jelenleg nem ismert olyan módszer, eljárás, amely megelőzné, hogy biztosan ne maradjon a műtéthez (beavatkozáshoz) használt idegentestek (eszközök, törlők, endoszkópok, drótok, UK kacsok, egyes letört, leszakadt része, stb.) közül valamelyik a műtégi területben az elvárható legnagyobb gondosság mellett is. Ezért bizonyos körülmények között előfordulhat ez a nem kívánatos esemény.

**14.** Beleegyezem a műtét alatt szükségesnek tartott vér, vérkészítmények, gyógyszerek adásába.

**15.** Beleegyezem, hogy a beavatkozással (műtéttel) összefüggésben bármely eltávolított sejtet, sejtalkotórészemet, véretem, szövetemet, szervemet a vizsgálat után az intézmény megőrizzé, és azok felhasználásával olyan tudományos igényű feldolgozást, orvostudományi kutatást végezzen, amely a kórisme és a gyógykezelés hatékonyságát segíti, továbbá összhangban áll a vonatkozó és hatályos jogi szabályozással.

**16.** Megértem és elfogadom, hogy kivételes esetben a beavatkozást végző orvos személyét egyértelműen megadni nem lehet, azonban a beavatkozást végző orvos megfelelő felkészültséggel rendelkezik a beavatkozás elvégzéséhez.

17. Megértettem és elfogadom, hogy a műtétet megelőzően az altatásról, illetve érzéstelenítésről az azt végző orvossal további lehetőségem lesz beszélgetni, kivéve, ha sürgős vagy életmentő beavatkozásról van szó.
18. A javasolt kezeléséhez való beleegyezésemet azzal a kivétellel fenntartom, hogy tartós vagy ismétlődő kezelés során ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.
19. Megértettem és elfogadom, hogy a fentieken kívül elvégzett további beavatkozás a műtét során csak akkor történik meg, ha életem megmentéséhez, vagy súlyos egészségromlás elkerüléséhez szükséges, illetve annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene.
20. Megértettem és elfogadom, hogy további beavatkozások válhatnak szükségessé kezelésem során. A következőkben felsorolt beavatkozásokat csak további megbeszélést és beleegyezést követően hajthatják végre:
- .....
  - .....
  - .....
21. Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések bármelyikét, vagy mindegyiket elutasíthatom, illetve a beleegyző nyilatkozatot visszavonhatom – írásban, tanúk előtt -, de ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy eredmény alakulásáért.
22. Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzakt tudomány, a beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
23. Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.
24. Felvilágosítást kaptam arról, hogy minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotomban súlyos, vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban, vagy teljes bizonyító eljárású magán okiratban utasíthatom vissza. Ez utóbbi esetben a visszautasítás az egészségügyi dokumentációban kerül rögzítésre, melyet két tanú aláírásával hitelesít. Az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozások visszautasítására csak az egészségügyi törvényben leírtak teljesítésével és betartásával van lehetőség. Tájékoztatást kaptam, hogy megillet a visszautasítás joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné, ha ezen jogommal kívánok élni, akkor az Egészségügyi törvényben leírtak szerint kell eljárni, és egy három tagú orvosi bizottság előtt kell írásban nyilatkoznom arról, hogy döntésemet, annak következményeinek tudatában hoztam meg.
25. Hozzájárulok, hogy betegségről, leleteimről, a műtétről és beavatkozás menetéről fénykép, vagy videofelvétel készüljön és adataim tudományos feldolgozásra kerüljenek úgy, hogy személyem nem válik felismerhetővé.
26. Tudomásul veszem, hogy az osztályon orvosképzés, továbbképzés és egészségügyi személyzet képzése folyik, ezért beleegyzem, hogy kezelésemben megfelelő felelős személy felügyelete mellett az oktatók is részt vegyenek.
27. Tudomásul veszem azt a tájékoztatást, hogy törvény adta jogom a tájékoztatásról való lemondás, melyet írásban kell megtenni, ebben az esetben a beleegyző nyilatkozatra saját

kézzel, vagy törvényes képviselő útján kell leírnom azt a döntésemet, hogy nem kérem a tájékoztatást, ez esetben a nyilatkozatomat további két tanú is ellenjegyzi.

**28.** A beleegyező nyilatkozatot elolvastam, a kapott felvilágosítást megértettem, további kérdésem nincs. A fentiek tudtában kérem a műtét elvégzését. A kezelésbe való beleegyezésemet, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

**29.** Tájékoztatást kaptam arról, hogy külön rögzítésre kerülhetnek az orvosi megjegyzések/a beteg kérdései/ orvos válaszai részben. Részletes rögzítést:

**KÉREK**

**NEM KÉREK**

Orvosi megjegyzések, beteg kérdései, orvos válaszai:

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

Budapest. 201\_ . \_ . \_ .

.....  
**A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása**

**30.** A fenti felvilágosítási nyilatkozatot legjobb tudásom szerint és olyan módon adtam, amelyet a beteg megítélésem szerint képességeinek megfelelően megérthetett. A fentiekbe foglaltakat szóban is előadtam a betegnek és a kevésbé érthető részleteket megvitattuk, lehetőség adva a betegnek kérdései feltevésére.

.....  
**Felvilágosítást adó orvos (kezelőorvos) aláírása (pecsét)**

**Abban az esetben, ha a beteg a tervezett beavatkozást visszautasítja:**

A beteg a megfelelő orvosi felvilágosítás ellenére a tervezett beavatkozást visszautasítja. Az ebből adódó esetleges következményekről tudomása van, azokról megfelelő felvilágosítást kapott.

.....  
orvos aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének  
aláírása

**Tanúk:**

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Sze. ig. szám: .....

Szem. ig. szám: .....