

NYILATKOZAT

Alulírott: (szül.dátum: TAJ szám)
tanúsítom, hogy engem

Dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A műtéti érzéstelenítés/altatás kockázatát befolyásoló betegségeimről, amely kórisme szerint (magyarul)

.....
.....

2. A javasolt beavatkozásról (műtéti érzéstelenítés/altatás), amely (magyarul)

1. Helyi érzéstelenítés
2. Regionális vagy vezetéssel érzéstelenítés
 - 2.1. SPA gerincközeli érzéstelenítés gerincvíz punkcióval
 - 2.2. EDA gerincközeli érzéstelenítés gerincvíz punkció nélkül
 - 2.3. EDA kanül gerincközeli érzéstelenítés gerinccsatornába vezetett műanyag kanülon át
 - 2.4. Hónalji idegköteg érzéstelenítése
 - 2.5. A végtag érzéstelenítés intravénás módszerrel
3. Altatás (általános érzéstelenítés, narkózis)
 - 3.1. Gépi lélegeztetéssel, légcsőtubussal
 - 3.2. Gépi lélegeztetéssel, arcmaszkkal vagy gégemaszkkal
4. Egyéb módszer:

3. Kijelentem, hogy a beavatkozás (műtéti érzéstelenítés/altatás) természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az esetleges kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, az érzéstelenítés egyéb lehetséges módozatairól, valamint a műtét körüli időszak eseményeiről megfelelő tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

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

A javasolt műtéti érzéstelenítésbe vagy altatásba valamint az ahhoz szükség esetén kapcsolódó intenzív kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. **Ennek alapján kérem, hogy rajtam a fent javasolt beavatkozást elvégezzék**

5. Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a nem kívánt rész törlendő):

Érzéstelenítés: gyógyszerek mellékhatása, érpályába kerülése, allergiás reakciók, fejfájás, vizelet-elakadás, fertőzés, vérömleny a szúrás helyén.

Intravénás érzéstelenítés: a végtagot leszorító mandzsetta meghibásodása, a keringésbe került gyógyszer toxikus keringési, idegrendszeri hatásai, keringés -, légzésleállás

Altatás: gyógyszerek mellékhatásai, allergiás reakciók a (a felismerést nehezíti az altatott állapot !), keringési, légzési-lélegeztetési zavarok, nehéz légútbiztosítás következményei (fogak, szájüreg vagy orrüreg lágyrészeinek, gégeinek a sérülése, oxigénhiányos állapot kialakulása}, a kikapcsolt izomműködés mellett a fektetéskor kényszertartás, következményes gerinc, végtagi fájdalom, esetleg bénulás alakulhat ki, gyomortartalom légutakba jutása, légzési elégtelenség, mindezek következtében elhúzódó ébredés, idegrendszeri károsodás, halál.

6. Beleegyezem az érzéstelenítés/altatás alatt szükségesnek tartott vér, vérkészítmények, gyógyszerek vagy más szükséges készítmények adásába. Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal és az érzéstelenítés szükség szerinti kiterjesztésével.

7. Tudomásul veszem, hogy a műtéti érzéstelenítést/altatást az osztályvezető főorvos (vagy megbízottja) által kijelölt kezelőorvos fogja végezni. Felvilágosítottak arról, hogy a beavatkozást végző orvos a műtét körüli időszakban folyamatosan kész a beavatkozással kapcsolatban állapotomról illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni engem.

8. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik akiket orvosi titoktartás kötelez.

9. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a műtét napján a kórházból távozom, 24 órán belül alkoholt nem fogyasztok, önállóan az utcán nem közlekedhetek, járművet nem vezethetek, fontos jogi döntéseket nem hozhatok, veszélyes háztartási géppel nem dolgozom, gyógyszert csak kezelőorvosom tudtával és javaslatára veszek be.

10. A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs.

Győr, 20 hó-n.

.....
a tájékoztató orvos aláírása

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

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 műtéti érzéstelenítés/altatás szükséges.

Győr, 20 hónap.

.....
1. orvos

.....
2. orvos