A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEG TÁJÉKOZTATÓ

1. A betegség lényege:
A végbél és a végbélnyílás körüli bőr között járat keletkezik, ami gennyesen váladékozó nyílás formájában okoz panaszt. Többnyire végbélkörüli tályog gyógyulásakor alakul ki. A sipoly futhat a végbél záróizom gyűrűn belül, annak rostjai között, vagy azon kívül.

2. A műtét rövid leírása:
A műtétet altatásban, úgynevezett kőmetsző helyzetben végezzük. A sipoly járatot festékkel feltöltjük, a végbél záró izomzatot feltágítjuk. Az izomzaton belül lévő sipolyt felmetsszük, falát kiirtjuk. a rostjai között, vagy azon kívül futó sipolyt, a záróizomig kiirtjuk, majd a maradék részt fonalak átfűzésével, azok kétnaponkénti csomózásával „vágjuk” át. A sebet nyitva kezeljük.

3. Műtét és a műtét utáni időszak kockázatai:
A végbél záróizom sérülése, ami nagy biztonsággal elkerülhető, de ritkábban jelentősebb széklettartási nehézség azért kialakulhat.
Jó általános állapotú betegen rendkívül ritkán, de bizonyos kísérőbetegségek esetén gyakrabban előfordulhatnak vérrög képződése az erekben, embólia, tüdőgyulladás, szívelégtelenség, ritmuszavarok, elektromos vágóeszközök használatánál kisebb-nagyobb égési sérülések. A sebgyógyulás elhúzódó lehet, gennyedések alakulhatnak ki, illetve a sipoly kiújulhat.

4. A műtét előnyei:
Megszűnik az állandó váladékozás, illetve a ki-kiújuló tályogok lehetősége.

5. Lehetséges szövődmények: Műtét utáni sebfertőzés, műtéti utóvérzés.

6. Egyéb műtéti lehetőség: Nincs.

7. Nem műtéti alternatíva: Nincs

8. Műtét utáni és otthoni teendők:
Postoperativ szakban és otthon a seb tisztántartása, fedőkötések cseréje, rendszeres laza széklet biztosítása.

Ha bármit részletesebben szeretne tudni, bátran kérdezze meg kezelő orvosától a műtét előtti találkozáskor!

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

A tájékoztatót megértettem: .....
beteg aláírása

Amennyiben nem a beteg kapta a tájékoztatást:
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

A műtéti beavatkozást igénybe vevő beteg neve: ……..

Szül. idő: ……, TAJ szám: ……

Alulírott kijelentem és aláírásommal igazolom, hogy kezelőorvosom Dr. …… részletesen tájékoztatott betegségemről, valamint a felajánlott műtét kockázatairól, előnyeiről, a lehetséges szövődményekről, és a kezelési alternatívákról.

Előtte megismertem a túloldalon lévő **B.1.2./S.30.** számú **Tájékoztató végbélsipoly műtétéről** című írásos tájékoztatót, melyet **áttanulmányoztam / számomra felolvastak *(a nem kívánt részt húzza át).***

A beszélgetés során kérdéseket is tettem fel: ……

……

…… ***(ha nem volt kérdés áthúzandó).***

A szóbeli és írásos tájékoztatást megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ezeket elégségesnek találtam ahhoz, hogy szabadon dönthessek a műtét elfogadásáról vagy elutasításáról. A döntéshez elegendő idő állt rendelkezésemre. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre kiszámíthatatlan szövődmények, melyek a várható eredményt és gyógyulás időtartamát kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Felhatalmazom/nem hatalmazom fel *(a nem kívánt részt húzza át)* a műtétet végző orvost, illetve orvos csoportot, és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt, és az egészségem megóvására, illetve az életem meghosszabbítására irányul. Beleegyezem, hogy a műtét során szükségesnek tartott vérkészítményt, gyógyszert, fokozottan ellenőrzött szert, más anyagokat beadják, és a műtét során szükségessé váló kiegészítő vizsgálatokat elvégezzék.

Kijelentem, és aláírásommal megerősítem, hogy a felajánlott műtéti kezelésbe beleegyezek és kérem, hogy azt rajtam elvégezzék.

Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

Kisvárda, …… év ……. hó ……. nap

……	……
Tájékoztatást végző orvos aláírása	Beteg aláírása

Amennyiben nem a beteg gyakorolja a beleegyezést:
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult személy adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

Írni, olvasni nem képes beteg esetén:
A beteg előttünk kijelentette, a számára felolvasott tájékoztatóban foglaltakat megértette és a műtétbe beleegyezését adta.

Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……	Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……
……	……
Aláírás: ……	Aláírás: ……