**INVAZIV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA**

Alulírott (szül.idő) kijelentem, hogy

(orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat ............................................................... (név) .............................. (szül.idő) ................................................................. (rokonsági fok) az alábbi invaziv beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

**A DAGANATOS PROSZTATA**

**ONDÓHÓLYAGOK, KISMEDENCEI NYIROKCSOMÓK**

**NYILT MŰTÉTI ELTÁVOLITÁSA**

**(RADIKÁLIS PROSTATECTOMIA)**

1. A beavatkozás célja: Az igazoltan rosszindulatú daganatos prosztata műtéti eltávolítása

ondóhólyagokkal és kismedencei nyirokcsomókkal. Amennyiben a daganat a prosztatára

lokalizált, teljes gyógyulást eredményezhet.

2. A beavatkozás menete, technikája: Köldök alatti hosszanti metszésből feltárjuk a férfi

kismedencét, a fali nyirokcsomókat eltávolítjuk, majd a húgyhólyag alatt lévő prosztatát,

ondóhólyagokat kipreparáljuk, műtétileg eltávolítjuk. A húgycső csonkot a húgyhólyaggal.

egyesítjük a behelyezett katéter mellett. A sebet zárjuk. Katéter viselés általában 12-14

napig szükséges

3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

Vérzés a műtét során. Átmeneti nyirokcsorgás, nyirokgyülem a műtéti területen. Elhúzódó

sebgyógyulás, pl. sebgennyesedés. Mélyvénás thrombosis, embólia. Merevedési zavar. Enyhe,

legtöbbször átmeneti vizelettartási zavar (csepegés). Ritkán teljes inkontinencia. Az

ondóürülés, nemzőképesség megszűnése várható

4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei: A prosztatára lokalizált

rosszindulatú daganat legeredményesebb kezelése a dülmirigy radikális műtéti eltávolítása.

Elmaradása esetén idővel a rosszindulatú daganat terjedése, növekedése, áttétképzése valószínű,

végül a beteg halálát okozza

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

Sugárkezelés: a műtéti kezeléstől várható eredményeket nem éri el, a lokálisan előrehaladott

prosztata daganat kezelésére ajánlott.

Hormonkezelés (Teljes Androgén Blokád): a daganat növekedését lassítja, átmenetileg gátolja.

Lokálisan előrehaladott, előrehaladott, áttétes esetekben ajánlott.

6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

**INVAZIV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA**

Kellő idő állt a rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelésem során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

beleegyezem és kérem\* nem egyezem bele és nem kérem\*

a fenti beavatkozás elvégzését.

Budapest, 20....... év ........................... hó ........... nap ......... óra ..........perc

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

orvos aláírása beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\* A megfelelő rész egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.