**INVAZIV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA**

Alulírott (szül.idő) kijelentem, hogy

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

**PROSZTATA NYILT MŰTÉTI ELTÁVOLITÁSA**

**ALHASI METSZÉSSEL A HÚGYHÓLYAGON KERESZTÜL**

**(TRANSVEICALIS PROSTATECTOMIA)**

1. A beavatkozás célja: A megnagyobbodott, vizeletürítést akadályozó prosztata műtéti

eltávolítása, a vizeletürítési zavar megszüntetése. (Amennyiben a konzervatív kezelés

sikertelen, illetve már eredmény nem várható tőle.)

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

megnyitásával távolítjuk el a megnagyobbodott, a húgycső összenyomatását okozó

prosztata részt a külső tok meghagyásával. A prosztata adenoma helyén öltésekkel és a

behelyezett katéter-ballonnal csillapítjuk a vérzéseket, majd zárjuk a hólyagot és a hasi

sebet. Katéter viselése általában 1 hétig szükséges.

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

tapasztalatok: Vérzés a hólyagból, elhúzódó sebgyógyulás, pl. sebgennyedés, mélyvénás

thrombosis, embolia. Enyhe, legtöbbször átmeneti vizelettartási zavar (csepegés). Az ondó

ürülés megszűnése (retrograd ejaculatio) a műtét után várható.

4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei: A nagyfokú

vizeletretentio gyulladáshoz, kőképződéshez vezethet, tartós fennállása veseelégtelenséget

okozhat. A tehermentesítő katéter viselése is gyulladást okoz és az életminőség

romlásához vezet.

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák: Húgycsövön keresztüli endoscopos prosztata

műtét – TURP (megfelelő szakmai kritériumok alapján).

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.