**MŰTÉTI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

**(pajzsmirigy műtét- lebenyeltávolítás)**

**Beteg neve: ……..** ( születési idő: ………… )

 **Azonosító:**

**A.**

1. Tanúsítom, hogy orvosaim betegségem természetéről, mely kórisme szerint (magyarul) **a pajzsmirigy rosszindulatú daganata / bizonytalan természetű/ jóindulatú/hormont túltermelő elváltozása** kellően felvilágosítottak.

Kérem, hogy a gyógyításomra javasolt műtétet (magyarul) **a pajzsmirigy jobb/bal lebenyének műtéti eltávolítása** rajtam elvégezzék.

Műtét során az alábbi beavatkozásokra kerül sor: **nyaki bőrmetszésből a nyelvcsont alatti izmokat a középvonalban szétválasztva vagy részlegesen átvágva a pajzsmirigy jobb/bal lebenyét előemeljük. Az ellátó ereket lekötésekkel , klippekkel vagy nagy energiájú sebészi vágóeszközzel ellátjuk, megkeressük és megtartjuk a hangrést nyitó ideget és a mellékpajzsmirigyeket. Szükség esetén az eltávolított pajzsmirigyrészt szövettani vizsgálatra küldjük műtét közben (ekkor döntünk a műtét kiterjesztéséről) vagy végén.**

A javasolt műtét kockázatairól, lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről a kellő mértékű felvilágosítást megértettem, úgy mint:

**vérzés, vérömleny a műtéti területen,fertőzés, gyulladás, hegesedés, sebszétválás, elhúzódó sebgyógyulás, fájdalom,a nyak átmeneti mozgási korlátozottsága. A gége mozgató idegének egyoldali átmeneti vagy tartós bénulása, egyoldali bénulás esetén a hang megváltozása, rekedtség, félrenyelés, légcső sérülés, nyelőcső sérülés, zsibbadás, görcs kialakulása a mellékpajzsmirigy sérülés okán a calcium háztartás érintettsége miatt, mely átmeneti vagy tartós gyógyszerszedést igényelhet, a pajzsmirigy műtét utáni elégtelen működése esetén egész életen át tartó hormon pótlás szükségessé válhat. A nyak kontúrjának megváltozása, a nyak bőrének érzéketlensége. Általános és altatásos szövődmények, halál. Az elváltozás nem teljes eltávolítása, kiújulása, újabb műtét szükségessége, mellkassebészeti műtét, izotóp kezelés, sugárkezelés szükségessége**

Tájékoztatást kaptam a lehetséges egyéb gyógymódokról, mint .**nincs./izotóp kezelés/ sugárkezelés /gyógyszeres kezelés**.., valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről.

Megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárások előnyeit és hátrányait. Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem és kijelentem, hogy több kérdésem nincs.

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyulást (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

1. Felhatalmazom a műtétet végző orvost, illetve orvos csoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást elvégezzenek, amely orvosilag indokolt, és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul.
2. Beleegyezem a műtét során szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott további vizsgálati eljárások alkalmazásába.

4/a. Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

* 1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
	2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
	3. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre tájékoztassák :

4/b.Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán bekövetkezett szövődményekért, illetve a gyógyulás alakulásáért az orvosokat – akiknek a kezelését nem fogadom el – a felelősség alól felmentem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

műtétet végző orvos aláírása beteg vagy törvényes képviselő aláírása

**B.**

* 1. Aláírásommal megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról **nem kívánok részletes felvilágosítást kapni**, a döntéseket kezelőorvosomra bízom.

Felhatalmazom orvosaimat, hogy rajtam a szükséges műtétet a szakma szabályai szerint elvégezzék.

* 1. Továbbá az alább megnevezett személyek mindennemű tájékoztatását megtiltom.

E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

műtétet végző orvos aláírása beteg vagy törvényes képviselő aláírása

**Budapest, …...**