



IDEGSEB-22

**KEMÉNYBUROK ALATTI VÉRÖMLENY (SUBDURALIS HAEMATOMA) ELTÁVOLÍTÁSA
(CRANIOTOMIA)**

**MŰTÉT/BEAVATKOZÁS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA ÉS A
BETEG NYILATKOZATA**

Név:	TAJ:
Születési dátum	Betegség:
Lakcím:	

Tájékoztatót adó orvos neve:

Tisztelt Páciens

Tisztelt Hozzátartozó/ Törvényes képviselő!

A beavatkozáshoz, amelyet tervezünk, az Ön/hozzátartozója beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

1. A TERVEZETT BEAVATKOZÁS:

indikációja:

Képzelt vizsgálatokkal, valamint radiológiai lelettel igazolt subduralis haematoma (SDH), mely neurológiai tüneteket okoz. Leggyakoribb tünetek és panaszok: fejfájás, meglassultság, aluszékonyság, beszédzavar, féloldali vagy kétoldali végtagi gyengeség, járási nehézség, vizeletürítési zavar.

rövid leírása:

Műtéttechnikai lehetőségek: fűrt lyuk(ak) készítése, csontablak készítése a subduralis vérömleny eltávolítása, subduralis tér átöblítése és drainálása.

2. A tervezett beavatkozás és gyógy mód célja:

- A műtét célja a térfoglaló vérömleny eltávolítása,
- az agy összenyomódásának megszüntetése,
- a panaszok és a neurológiai tünetek javulása, megszüntetése.

3. A tervezett beavatkozás során vagy azt követően előforduló lehetséges (nem feltétlen kialakuló) szövődmények:

- sebgyógyulási zavar, fertőzés veszélye
- további neurológiai károsodás és tünetek
- epilepsia

- kóros mennyiségű koponyaűri levegő (11%)
- újravérzés (5-33%), emiatt újabb műtéti beavatkozás
- reziduális vérzés

A műtéti szövődmények extrém esetben súlyos, tartós egészségkárosodáshoz vagy halálhoz is vezethetnek.

4. Alternatívák ismertetése:

Az esetek többségében nincs alternatív eljárás. Egyes esetekben szóba jön:

- sebészi: nincs
- nem sebészi: megfigyelés, követés

5. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:

- a tartós térfoglaló folyamat és a következményes fokozott koponyaűri nyomás miatt a panaszok és neurológiai tünetek súlyosbodása, előrehaladott formában kóma, keringés és légzésleállítás, halál
- maradandó agykárosodás, ill. idegrendszeri tünetek
- epilepsia

6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

A műtét sikere lényegében abban áll, hogy a tervezett sebészi beavatkozást a tervezett technikai módszerekkel kivitelezzük, a műtét során jelentkező komplikációkat elhárítjuk.

A műtéti kezelés sikere az elvégzett beavatkozásnak (és perioperatív kezelésnek) köszönhető állapotjavulást ill. gyógyulást jelenti, azaz elérjük a 2. pontban megfogalmazott célokat. Nem jelenti azonban a távolabbi jövőben előfordulható betegségek elkerülését, megelőzését.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartama:

A műtét utáni időszak több szakaszra bontható:

- közvetlen műtét utáni szakasz (kórházi kezelés): várhatóan 5-7nap
- otthonában táppénzen várhatóan 6 hónap
- rehabilitáció, fokozatos munkába állás, visszatérés a mindennapi élet tevékenységeihez: várhatóan a következő 1 év során.

8. A beteg által feltett egyéb kérdések és azokra adott válaszok:

.....

.....

.....

.....

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást/felvilágosítást kaptam: egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt.

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A beavatkozás olyan, orvosiilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosiilag indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével, és az esetlegesen szükségessé váló vérátömlesztéssel.

A tájékoztatást/felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

A tájékoztatás/felvilágosítás dátuma:

A műtét tervezett dátuma:

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje

Budapest, év hó nap óra perc

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes tájékoztatása/felvilágosítása — mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését elutasítom.

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A kezelőorvos aláírása, pecsétje

Budapest, év hó nap óra perc
