



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet</b><br><b>a</b><br><b>Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza</b><br>H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91.<br><b>Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.</b> |  |
|   | <b>Urológia osztály</b><br><b>Osztályvezető: Dr. Böszörményi Nagy Géza</b><br>Tel: [36-1] 432-7734      www.bajcsy.hu<br>Fax: [36-1] 432-7508   |   |

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében

### prosztatata biopszia (mintavétel)

beavatkozás elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. Az Urológiai Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnel egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

**Beteg neve**..... **TAJ:**    -    -

**Születési idő:**     .   .

### 1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

A prosztatata állományában a kor előrehaladtával egyre növekvő valószínűséggel fordulnak elő nem jóindulatú elváltozások, amik korai stádiumban tünetet nem okoznak. A vérvétellel észlelhető prosztatata specifikus antigén (PSA) szint emelkedés és a prosztatata tapintási leletének változása hívja fel az orvos figyelmét az esetleges rosszindulatú folyamatra.

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A mintavétel antibiotikum védelemben a végbélen vagy a gáton keresztül vékony tűvel ultrahang vezérelve történik. A biopszia során mindkét prosztatata lebenyből általában 6-6 mintát veszünk.

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A biopszia során eltávolított minták szövettani vizsgálatra kerülnek. Csak biopsziás mintavétellel bizonyítható a prosztatata rákos daganata. Terápiás terv csak szövettani diagnózis birtokában készíthető. A szövettani lelet birtokában a kezelőorvossal közösen megtervezhető a kezelési terv.

### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

#### 4.1. A beavatkozás közben fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

1.           fájdalom,
2.           láz,
3.           hányinger.

#### 4.2. A beavatkozás után fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

4. vérvezetés, mely húgycső katéter behelyezését teheti szükségessé,
5. végbélen keresztüli vérzés, mely a végbél tamponálást teheti szükségessé,
6. véres ondóürítés,
7. lázas állapot,
8. prosztatata gyulladás és tályog, mely magas lázzal és vizelettel járó képtelenséggel járhat
9. mellékhere és here gyulladás
10. vizelettel járó nehézség és vizelet elakadás
11. mélyvénás trombózis (vérrögösödés az alsó végtag és a kismedence mély visszereiben),
12. tüdőembólia (vérrög beékelődése a tüdő verőérbe, mely a tüdő elégtelen működéséhez, súlyosabb esetben halálhoz vezet),
13. vérmérgezés, a szervezet általános fertőzése, mely az életfontosságú szervek (agy, szív, tüdő, máj, vese, csontvelő) átmeneti, vagy maradandó károsodásával járó súlyos életveszélyes állapotot jelent. Kezelése a kiváltó októl, góctól függő további műtéti beavatkozás és gyógyszeres kezelés, intenzív osztályos ellátás,
14. jelentős vérvesztés, melyet csak vérátömlesztéssel lehet rendezni,

## **5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI**

### **5.1. A beavatkozás előtti történések**

15. részletes, általában járóbetegként végzett kivizsgálás és műtéti előkészítés, a lehetséges kockázatok felderítése és csökkentése céljából
16. az osztályra történt felvétel után a dokumentáció áttekintése, kórlap és ápolási lapok kitöltése szükséges.
17. egyéb előkészületek, sz.e. ellenőrző vagy kiegészítő vizsgálatok elvégzése
18. az orvos utasításának megfelelően antibiotikum szedése
19. az orvos utasításának megfelelően a véralvadást befolyásoló és egyéb gyógyszerek alkalmazásának megváltoztatása, felfüggesztése lehet szükséges

### **5.2. A beavatkozás utáni történések**

20. sz.e.vérátömlesztés (külön írásbeli és szóbeli tájékoztatást kap, valamint külön beleegyező nyilatkozatot ír alá),
21. közvetlenül a műtétet követően - a beteg állapotától függően - néhány napos intenzív osztályos kezelés történhet,
22. korai mobilizálás, felkelés a műtét után,
23. további gyógyszeres kezelés ( pl. antibiotikum) meghatározása

### **5.3. Életmódbeli változások a beavatkozás után, várható következmények:**

24. fizikai aktivitás, terhelés fokozatos visszaállítása,
  25. egyenletes, bő folyadékfogyasztás,
- kontrollvizsgálaton szükséges megjelenni az ambuláns lapon jelzett időpontban, rendellenesség észlelése esetén hamarabb.

## **6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

A beavatkozás elmaradásának előnye nincsen. A betegség előrehaladása panaszokhoz, vizelettel járó nehézséghez, vémérzéshez, daganatáttek keletkezéséhez, végső soron halálhoz vezethet.

Tudomásul veszem, hogy adódhatnak olyan körülmények, melyek megghiúsíthatják, módosíthatják a tervezett beavatkozást és szakszerű műtét esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásumat.

## **7./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

A beavatkozást jelenleg más eljárással helyettesíteni nem lehet.

Képkalkotó eljárások, vagy más laboratóriumi diagnosztikus módszerek nem adnak szövettani diagnózist, azok alapján kezelés nem tervezhető, indítható.

## **8./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA**

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam.

Az orvos kiegészítése:

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

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

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

## **9./ BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegséggemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon –visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

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

.....

### 10./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

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

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó  
aláírása

Tanúk:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....