

Beleegyező nyilatkozat

Bőrelváltozás kimetszése II.

Beteg neve:

Diagnózis:

Születési dátum:

Oldal: ☐ jobb ☐ bal

TAJ szám:

Kezelőorvos neve:

Az eljárás célja: A szemhéjon található kóros elváltozás műtéti eltávolítása.

Az eljárás technikája: A kóros bőrelváltozás helyi (injekciós) érzéstelenítésben történő eltávolítása (szükség esetén a megfelelő biztonsági zónával), majd a sebszélek varratokkal történő egyesítése. Az eljárás fekvő testhelyzetben történik.

Tudomásul veszem, hogy a szemhéjaimon, illetve a szemkörüli területen kialakult elváltozás, daganat miatt műtéti beavatkozás szükséges.

Az elváltozás feltételezett rosszindulatúsága miatt az eltávolítás mélyen az ép szövetekben vezetett metszéssel történik, ezért valószínűleg a műtét után kialakult bőrhiány, ill. alsó, felső szemhéji hiány miatt rekonstrukciós műtetre lesz szükség.

A műtét alatt és utáni időben lehetséges szövődményekről felvilágosítottak, amelyek a következők lehetnek: vérzés, a környező bőrterületek alávérzése, duzzanata, a kezelt terület alul vagy túlérzékenysége, varratelégtelenség, gyulladás, sebgyógyulási zavar, szövetelhalás, szabálytalan szemhéjszél, pillák elvesztése és/vagy szabálytalan állása, tágabb vagy szűkebb szemrész, aszimmetria, szem körüli izmok gyengülése, szemhéjzárási elégtelenség és következtében kialakuló szaruhártya kiszáradás, hámhiány, gyulladás, kötőhártya hegesedése miatt bekövetkező szemmozgás zavar.

A műtét után hegesedés előfordulhat, ezért lehet, hogy a későbbiekben 3 hónap, fél év vagy egy év múlva kisebb kiegészítő műtét elvégzése szükségessé válik.

Tudomásul veszem, hogy minden bőrmetszés heggel gyógyul.

A tervezett beavatkozás módjáról, céljáról, lefolyásáról, valamint annak előnyeiről és hátrányairól, összehasonlítva más módszerekkel, felvilágosítást kaptam. Ismertették velem a beavatkozás elhagyásának következményeit. Tudomásomra hozták, hogy bizonyos körülmények esetén a tervezett beavatkozást módosítani, esetleg kiterjeszteni szükséges.

Ismert előttem, hogy ezt a nyilatkozatot a beavatkozás előtt bármikor visszavonhatom.

Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségről és panaszomról kezelő orvosomat tájékoztattam. A beavatkozás előtt és után szükséges viselkedést ismerem. Kérdéseimet ezzel kapcsolatban megválaszolták.

A fenti írásos és a jelenleg kapott szóbeli tájékoztatás után a tervezett beavatkozásba és annak módjába, az esetleges szükséges módosításokkal beleegyezem.

A beteg és a kezelő orvos ezt a nyilatkozatot egyidejűleg írják alá.

Sopron, 20

orvos aláírása

beteg (a beteg gyámja) aláírása