

Egynapos sebészeti ellátás dokumentációk

Gyomor polip endoszkópos eltávolítása

Tartalom:

1. Betegtájékoztató
2. Műteti tájékoztató, beleegyező nyilatkozat
3. Egészségügyi és személyes adatok védelme
4. Más személy tájékoztatása
5. Környezetfelmérés
6. Beleegyező nyilatkozat
7. Kibocsátási ellenőrző lista
8. Műtét utáni szakvizsgálat

Orosháza, 20.....

elsődleges tájékoztatás végző orvos

Betegtájékoztató az egynapos sebészeti kezelésről **Tisztelt Betegünk!**

Betegségével, az emiatt szobajövő endoszkópos műtéti megoldással, a beavatkozás során alkalmazandó érzéstelenítési móddal, az Ön bizonyos, a kezelést befolyásolni tudó nem szakmai körülményeivel kapcsolatos összes rendelkezésünkre álló információk alapján Önnél ún. „egynapos sebészeti” ellátási forma alkalmazása jön szóba, ha ezt Ön elfogadja.

Az elektív egynapos beavatkozások ellátását a tevékenységre jellemző érvényes általános szakmai feltételek-, előírások-, a 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendeletben foglaltak - és a minisztérium által kiadott szabálykönyvben meghatározottak szerint történnek Kórházunkban. Lényegében az „egynapos” ellátási forma azt jelenti, hogy a beavatkozás után a beteg néhány órás szakfelügyeletet igényel, melyet egy ezen célra kialakított fektetőben tölt. A szükséges megfigyelést követően a beteget otthonába bocsátjuk, ha egyéb, előre nem látható körülmény ezt nem akadályozza meg, így a beteg kórházi tartózkodása nem haladja meg a 24 órát. Amennyiben a beavatkozás utáni megfigyelési-, kezelési idő 24 órát meghaladóvá válik, úgy az Ön gyógykezelése hagyományos kórházi kezelésként folytatódik.

A teljes betegellátás meghatározott terv alapján történik, mely magában foglalja a műtét utáni tevékenységet is. A beteg, általános állapota, a műtét és az anesztézia típusa, lefolyása szerint meghatározott idejű műtét utáni megfigyelésre szorul, annak tárgyi és személyi feltételei kórházunkban messzemenően biztosítottak. A beteg fekvőbeteg osztályra való felvétel nélkül kíséreléssel hazabocsátható/szállítható műtét után. A műtét utáni kórlefolyás előírt szabályoknak megfelelően követett és dokumentált intézményünkben.

Fentiek alapján, az Ön együttműködésével, mindent megteszünk annak érdekében, hogy a lehető leghamarabb gyógyultan távozhasson otthonába.

Az egynapos sebészeti munkacsoport munkatársai

MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

(a dokumentum 2 oldalból áll!)

Alulírott, szül.idő:....., jelen

nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem(orvos neve) az Orosházi Kórház orvosa - mint a műtétet végző orvos - megfelelő, számomra érthető módon részletesen tájékoztattott az alábbiakról:

1. Betegségemről, mely

kórisme magyarul: **gyomor polip**

kórisme latinul: **polypus ventriculi**

2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

kezelése magyarul: **polip eltávolítása endoszkópos vizsgálati eszközzel**

kezelése latinul: **polypectomia ventriculi**

3. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek :

a talált polip rosszindulatúvá válásának megelőzése

polip eredetű esetleges vérzések megelőzés

4. A javasolt gyógymód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek:

a polip rosszindulatú gyomordaganattá alakulhat

krónikus vérvesztés alakulhat ki

5. A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges kockázatairól, azok előfordulási gyakoriságáról, melyek:

helyi vérzés alakulhat ki (kb 5000 esetenként 1)

a gyomorfal kilyukadhat (kb. 10000 esetenként 1)

*az előfordulási gyakoriságról szóló adatok közelítő értékek, melyeket a kórház több évtizedes eredményei és a szakirodalomban leírt adatok alapján állapítottunk meg

6. A javasolt kezelésen kívül választható kezelésről, vagy kezelésekről és azok lehetséges kockázatairól, melyek:

a tápcsatornai polipok gyógyszeresen nem távolíthatók el

endoszkópos eltávolításon kívül a hasüreg megnyitásával járó műtéttel gyógyíthatók

Gyógyszeres kezelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények, továbbá végleges gyógyulást nem nyújthat hosszútávon Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyuláshoz. A betegséggel és a tervezett beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem. Ismertették velem, hogy jogomban áll szóban és írásban is bármikor megváltoztathatom döntésemet gyógykezelésem során. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok.

Az orvos által adott felvilágosítással összefüggésben (3., 4., 5. pontok során részletezett adatok) a szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést/ műtétet végezzék el:

A javasolt kezelés elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitétellel fenntartom, hogy tartós, ismétlődő kezelés során ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom. Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések bármelyikét, vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Orosháza, 20.....

műtéti beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

beteg aláírása
(vagy törvényes képviselő aláírása)

A MŰTÉT ESETLEGES KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvosom tájékoztatott arról, hogy a rajtam, beleegyezésem alapján elvégzendő műtét során, esetlegesen előre nem látható műtéti beavatkozás kiterjesztése válhat szükségessé, amely elvégzésébe

☐ beleegyezem

☐ csak olyan műtéti kiterjesztésbe egyezem bele, amely nem jelenti valamely szervem, testrészem elvesztését vagy funkciójának teljes kiesését

☐ a műtéti kiterjesztésbe nem egyezem bele

(a beteg nyilatkozatának megfelelő rész aláhúzendő!)

A beleegyezés hiánya esetén tudomásul veszem, hogy ezzel összefüggésben bekövetkező esetleges egészségkárosodásomért, gyógyulási esélyem további alakulásáért a kezelőorvosomat felelősség nem terheli.

Orosháza, 20.....

műtéti beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

beteg aláírása
(vagy törvényes képviselő aláírása)

T á j é k o z t a t ó

Egészségügyi és személyazonosító adatok kezeléséről, betegtájékoztató és házirend elérhetőségéről

Beteg neve: _____

Születési idő: _____

A gyógyulása és kezelése érdekében szükségünk van arra, hogy az Ön személyes és egészségügyi adatait felvegyük. Ezen túlmenően, adataihoz a hatályos törvények által felhatalmazott egyes hivatalos szervek és hatóságok férhetnek hozzá bizonyos esetekben, szabályozott módon. A Kórház minden dolgozóját, aki a kezelése során adataihoz hozzáférhetnek, köti a **titoktartási kötelezettség**. Az Ön gyógykezelése során az intézményben mindent elkövetnek emberi jogai és személyes méltóságának tiszteletben tartására. A Kórház kijelölt oktatókórház, ahol leendő orvosok és más egészségügyi szakemberek képzése is folyik. Ők éppúgy kötelesek a titoktartásra, mint a Kórház dolgozói. A kezelés egyes szakaszaiban ilyen **szakemberjelöltek is lehetnek jelen** a Kórház orvosain és más betegellátó személyzetén kívül. Tudomásom van arról, hogy **lehetőségem van megtiltani a szakemberjelöltek jelenlétét** a kezelésemnél, vizsgálataimnál. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy az adatvédelmi előírások betartásával, a gyógykezelésem érdekében esetleges **korábbi betegséggel kapcsolatos egészségügyi adataimat is kezeljék**. Tudomásom van arról, hogy **írásban megtilthatom**, hogy a betegséggel kapcsolatos adatokat felvegyék és az egészségügyi ellátó hálózaton belül továbbítsák. Nem ellenzem, hogy a gyógykezeléssel kapcsolatos adatokat házi orvosomnak továbbítsák. Tudomásom van arról is, hogy adataim védelmét szolgáló előírásokról **bármikor kérhetek további tájékoztatást**, amit szívesen megad a kezelőorvos vagy az osztályos adatvédelmi felelős. Tájékoztatást kaptam arról, hogy **gyógykezelésem során más betegek is jelen lehetnek a kórteremben**, ami ellen nem támasztok kifogást. Aláírással igazolom, hogy a kórteremben megtaláltam a **betegtájékoztatót** és a **házirendet**, amelyekből a betegjogokról, annak kórházi érvényesítési rendjéről, illetve a kórházi belső rendről kapok tájékoztatást. Továbbá tudomással bírok arról is, ha a házirenddel, a betegtájékoztatóval, a betegjoggal kapcsolatos kérdésem, illetve észrevételem van, azt kezelőorvosommal megbeszélhetem.

A tájékoztatóban foglaltakat megismerve, elfogadva magamra nézve, tudomásul véve írom alá ezen tájékoztatót:

Orosháza, 20.....

.....
az orvos aláírása

.....
a beteg aláírása

Nyilatkozat

Egészségügyi adataim más személy részére történő tájékoztatásáról

Beteg neve: _____

Születési idő: _____

Az orvosi titoktartás alól az alábbi rendelkezéssel adok felmentést kezelőorvosomnak a következők szerint* :

1. Teljeskörű tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:

- a) Az ápolási dokumentációban megnevezett **legközelebbi hozzátartozó**
- b) **Minden érdeklődő**

2. Részleges tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:

- a) Az ápolási dokumentációban megnevezett **legközelebbi hozzátartozó**
- b) **Minden érdeklődő**

A tájékoztatás az alábbiakra terjedjen ki:.....

.....

3. Megtiltom, hogy a kórházban tartózkodásomról, illetve a kapott kezeléssel bárki számára tájékoztatást adjon.

A megfelelő válasz bekarikázandó!

Orosháza 20.....

.....
az orvos aláírása

.....
a beteg aláírása

Környezetfelmérés

Meg tudja Ön oldani a Kórházba szállítását? IGEN / NEM

Van olyan családtagja, rokona, ismerőse, aki be tudja Önt kísélni a kórházba? IGEN / NEM

Meg tudja Ön oldani az otthonába szállítását? IGEN / NEM

Van olyan családtagja, rokona, ismerőse, aki haza tudja Önt kísélni a kórházból? IGEN / NEM

Átlagos közlekedési körülmények között gépkocsival 30 percnél rövidebb idő alatt be lehet az Ön lakhelyéről érni a Kórházba? IGEN / NEM

Kérjük adja meg annak a nagykorú hozzátartozójának, rokonának, ismerősének nevét és telefonszámát, aki Önt hazakíséri a kórházból:

Név: _____
Kapcsolat: _____
Telefonszám: _____

Van olyan családtagja, rokona, ismerőse, aki az Ön otthoni ápolását, gyógykezelését a műtét után 48 órán keresztül folyamatosan el tudja látni? IGEN / NEM

Kérjük adja meg annak a nagykorú hozzátartozójának, rokonának, ismerősének nevét és telefonszámát, aki az Ön otthoni ápolását 48 órán keresztül fogja folyamatosan végezni:

Név: _____
Kapcsolat: _____
Telefonszám: _____

Amennyiben nem rendelkezik Ön gépkocsival, van olyan hozzátartozója, rokona, ismerőse, aki be tudja Önt szállítani a kórházba? IGEN / NEM

Kérjük adja meg annak a nagykorú hozzátartozójának, rokonának, ismerősének nevét és telefonszámát, aki szükség esetén Önt a kórházba tudja szállítani:

Név: _____
Kapcsolat: _____
Telefonszám: _____

Amennyiben másként nem tudja megoldani, úgy szükség esetén tudja Ön, vagy a felügyeletét végző személy az Országos Mentőszolgálatot tudja értesíteni? IGEN / NEM

Alulírott, kijelentem, hogy fenti kérdésekre adott válaszaim mindenben fedik a valóságot, egyéb olyan információ, mely káros irányban befolyásolhatja gyógykezelésem eredményességét, nem áll rendelkezésemre:

Orosháza, 201

.....
Beteg aláírása

Kibocsátási ellenőrző lista

1. A beteg életfunkciói

Vérnyomás normál tartományban van? Igen / Nem

Pulzus szám normál tartományban van? Igen / Nem

Légzési szám normál tartományban van? Igen / Nem

Oxygen saturatio normál tartományban van? Igen / Nem

2. A beteg posztoperatív fájdalma fájdalomcsillapító adása mellett elfogadható mértékű? Igen / Nem

3. Hányingere van a betegnek? Igen / Nem

4. Hány a beteg? Igen / Nem

5. Vérzés jele a műtéti területen észlelhető? Igen / Nem

6. Egyéb szövődemény jele észlelhető a betegnél? Igen / Nem

7. Spontán vizeletürítés megindult a betegnél? Igen / Nem

8. A beteg posztoperatív kezelését elmagyarázták a betegnek? Igen / Nem

9. Zárójelentést kapott a beteg? Igen / Nem

10. Kísérője van a betegnek a hazaszállítás során? Igen / Nem

11. Az otthoni betegfelügyelet 48 órán keresztül biztosított? Igen / Nem

Orosháza, 20.....

.....
a kibocsátást végző orvos aláírása

***A beavatkozás utáni szakvizsgálat
(szöveti eredmény átvételekor)***

Beteg neve: _____

Születési idő: _____

A betegműtéten esett át, 20..... -án.

Egynapos sebészeti ellátáson esett át a beteg? **IGEN / NEM**

Szöveti vizsgálat történt a műtét során? **IGEN / NEM**

Ha igen, akkor annak eredménye: _____

Jelen panaszok: _____

Sebészeti status: _____

Egynapos sebészeti ellátási esemény lezárható? **IGEN / NEM**

Ha nem, akkor a további kezelési terv: _____

Orosháza, 20.....

PH.

.....
a szakvizsgálatot végző orvos aláírása

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott, (születési idő:.....) a tervezett egynapos sebészeti kezelésembe beleegyezem. Az egynapos sebészeti ellátással kapcsolatos felvilágosító tájékoztatót írásban is megkaptam. Az egynapos ellátási formával kapcsolatos kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Döntésem meghozatalára elegendő idő állt rendelkezésemre. További tájékoztatásra nincs szükségem. Tudomásul veszem, hogy bizonyos, ritkán előforduló, előre nem látható körülmény kialakulása kapcsán, szakmai okból szóba jöhet a kezelésem hagyományos ideig tartó kórházi kezelésként történő folytatása.

Orosháza, 20

.....
az orvos aláírása

.....
a beteg aláírása

