

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT PLASZTIKAI SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1008/11</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat bőralatti jóindulatú elváltozás eltávolításához		<b>Oldalszám: 1/3</b>

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT BŐRALATTI JÓINDULATÚ ELVÁLTOZÁS ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ

1. **Beteg<sup>1</sup> neve:** ..... **TAJ száma:** .....

**Beküldő diagnózis:** .....

2. **Tájékoztató tartalma:** **Tisztelt Hölgységem/Uram!**

Köszönjük, hogy Intézetünket tisztelte meg bizalmával. Érdeklődésére a bőralatti elváltozások eltávolításáról a következő tudnivalókat közöljük Önnek:

A bőralatti szövetekben számos elváltozás alakulhat ki. Megjelenésük változatos képet mutat, attól függően, hogy milyen szövettípusból alakultak ki. Rendszerint a bőr alatt tapintható csomó formájában vesszük észre. Általában nem fájdalmas, rugalmas tapintatú, viszonylag jól körülhatárolható göbként jelentkeznek.

### **Leggyakoribb bőr alatti jóindulatú elváltozások:**

**Lipoma:** a bőr alatti szövetben elhelyezkedő, zsírszövetből kialakuló jóindulatú kötőszöveti daganat. Leginkább a nyak háti felszínén, a törzsön, alkarokon, combokon és a fartájon fordul elő kis, 1-2 cm-es, puha, elmozdítható csomóként. Panaszt nem okoz, felette a bőr ép. Néha extrém növekedést mutathat. Szövettanilag zsírsejtekből áll, melyet gyakran tok vesz körül. Kezelése a sebészi eltávolítás, mely során a daganat legnagyobb domborulatán a bőr erővonalainak megfelelő irányú metszést ejtünk, majd a daganatot eltávolítjuk és kórszövettani vizsgálatra küldjük. A metszés hossza függ az elváltozás méretétől. Kiújulása maradéktalan eltávolítása után nem várható (ez elsősorban a tokkal körülvett lipomákra vonatkozik), de más helyen való megjelenése nem zárható ki.

**Atheroma:** olyan faggyútermelő tömlő, melynek a kivezetőnyílása valamilyen okból elzáródott és benne a termelődött faggyú felhalmozódik, tömött tapintatú csomóként jelentkezik. Időnként felülfertőződhet és gyulladásba jön, melyet leggyakrabban a faggyúban elszaporodó tejsavtermelő baktériumok okoznak. Ilyenkor célszerű az elváltozást megnyitni és spontán ürülni hagyni, majd a gyulladás megszűnte után 6 héttel célszerű az elváltozást tokkal együtt sebészi úton eltávolítani. Kiújulása nem várható, de más helyen való megjelenése nem zárható ki.

**Ganglion:** babnyi, mogyorónyi, de akár diónyi nagyságúra is megnövő, sima felszínű, rugalmas tapintatú képlet, mely ízületi tokból vagy ínhüvelyből eredően fejlődik ki. Eredésének helyén az ízületből vagy ínhüvelyből ízületi folyadék ill. ínhüvelyi folyadék kerül a környező szövetek közé, melyet tok borít. E folyadék besűrűsödhet, kocsonyássá válhat. Leggyakoribb kialakulási helye a csukló és a kéz, de nem ritkán előfordul lábon is. Jóindulatú elváltozás, mely kialakulását követően először az érintett ízület nyugalomba helyezésével kezelendő. Erre a konzervatív terápiára nagyrészt visszafejlődhet. Amennyiben ez nem következik be, vagy ismételten kiújul és panaszokat okoz, úgy indokolt annak műtéti eltávolítása. Megfelelő műtéti körülmények között, járatos szakember által végzett műtéti eltávolítás és azt követően sebgyógyulásig alkalmazott nyugalomba helyezés (szükség esetén gipszrögzítés) után a recidíva (újbóli kialakulás azonos helyen) mindössze néhány százalék.

**Egyéb bőr eredetű cystás elváltozások:** különböző nagyságú, rendszerint a bőrben, vagy közvetlenül a bőr alatt elhelyezkedő lassan növekvő képletek, melyek tartalmazhatnak faggyút, szarut, amit a bőr járulékos mirigyei vagy hámja termel. Felülfertőződés esetén begyulladnak, a felszín felé járat (fistula) képződhet, melyen át tartalmuk kiürül a külvilág felé. Kezelésük: sebészi eltávolítás, gyulladásmentes stádiumban. Újbóli kialakulásuk csak abban az esetben következik be, ha a cystát nem sikerült maradéktalanul eltávolítani.

<sup>1</sup> A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT PLASZTIKAI SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1008/11</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat bőralatti jóindulatú elváltozás eltávolításához		<b>Oldalszám: 2/3</b>

Onkológiai szempontból elengedhetetlenül fontos a kivett elváltozás kórszövettani vizsgálata. Ez mondja meg nekünk az elváltozás szövettani típusát, és azt, hogy nagy biztonsággal állítható, hogy nem hagyunk hátra szövetmaradékot az elváltozásból.

**Szövődmények:** A minden sebészeti beavatkozás esetén szóba jöhető (3-5%) szövődményeken (vérvés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar) túl átmeneti érzészavar vagy érzéskiesés fordulhat elő.

A leggondosabb műtéti technika, a legjobb varróanyagok és tökéletes műtét utáni sebgyógyulás mellett sem lehet azonban ígérni, hogy a műtéti hegek láthatatlanok lesznek. A hegeseést nagymértékben befolyásolja az egyéni hajlam. Az esetleg vastag, feltűnő műtéti hegeket, amennyiben hónapok múlva sem javulnak kellő mértékben, egy kisebb hegkorrekciós műtéttel általában elfogadhatóvá lehet tenni. Hegkorrekciót legkorábban a műtét után 1 évvel szabad végezni!

**Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:**

- 1. Kérdés: .....
- Válasz: .....
- 2. Kérdés: .....
- Válasz: .....
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):

**Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.**

**3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:**

### **NYILATKOZAT BŐRALATTI JÓINDULATÚ ELVÁLTOZÁS ELTÁVOLÍTÁSÁRÓL**

#### **A BŐRALATTI JÓINDULATÚ ELVÁLTOZÁS ELTÁVOLÍTÁSÁT KÉREM.**

Alulírott tudatában vagyok, és egyúttal beleegyezek abba, hogy egyéni kérésemnek eleget téve rajtam a bőralatti jóindulatú elváltozás eltávolítását végezzék el. Kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt elolvastam (illetve kérdésem alapján) számomra megfelelő szóbeli felvilágosítást kaptam, valamint a műtét lényegét (előnyeit és kockázatait, ellátás folyamatát és várható kimenetelét, szövődményeit, stb.) megértettem. A műtét elvégzését kérem és a megismert esetleges szövődmények kockázatát továbbra is vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt rajtam a bőralatti jóindulatú elváltozás eltávolítása nem végezhető el.

**Ezúton nyilatkozom, hogy a bőralatti jóindulatú elváltozás eltávolításához**

**hozzájárok**                       **nem járlok hozzá.**                      **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján ([www.eeszt.gov.hu](http://www.eeszt.gov.hu)) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárlok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT PLASZTIKAI SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1008/11</b>  <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat bőralatti jóindulatú elváltozás eltávolításához		<b>Oldalszám: 3/3</b>

foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák.

Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

**Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti – a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyező – nyilatkozatomat a beavatkozás megkezdéséig bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom. Egyúttal tudomásul veszem, hogy beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.**

**Kelkezés helye, ideje: .....**

.....  
**(tájékoztató orvos neve  
olvashatóan)**

.....  
**(műtétet/beavatkozást végző  
orvos neve olvashatóan)**

.....  
**(nyilatkozó személy  
neve olvashatóan)**

.....  
**(tájékoztató orvos aláírása,  
ph.)**

.....  
**(műtétet/beavatkozást végző  
orvos aláírása, ph.)**

.....  
**(nyilatkozó személy  
aláírása)**