**FORMANYOMTATVÁNYOK KIADÁSI ÁLLAPOT NYILVÁNTARTÓ LAPJA**

Szervezeti egység megnevezése: **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK**

|  |  |
| --- | --- |
| A formanyomtatvány | Kiadási állapot \* |
| azonosítója | megnevezése | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | nyilatkozat |  |  |  |  |  |
|  | betegtájékoztató |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* A kiadási dátumot kell írni. Oldalszám: /

**NYILATKOZAT**

az Egynapos Sebészet Betegtájékoztatójában foglaltaknak való megfelelésről

|  |  |
| --- | --- |
| Beteg neve: |  |
| TAJ száma: |  |
| Születési hely, idő: |  |
| Anyja neve: |  |

Alulírott nyilatkozom, hogy a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban működő Egynapos Sebészet Betegtájékoztatójában foglalt feltételeknek: (a kívánt rész aláhúzandó)

**MEGFELELEK NEM FELELEK MEG**

**Eleget teszek a következő feltételeknek:**

1. Lakóhelyemen van:

* telefon,
* fürdőszoba,
* többszintes ház esetén lift.

2. Az Intézmény lakhelyemtől számítva, az átlagos forgalmat figyelembe véve személygépkocsival 30 percen belül elérhető (Vidéki beteg kell, hogy rendelkezzen intézmény közeli szállással a műtétet követő első 48 órára)

3. Tudomásul veszem, hogy műtét után csak az altató és operáló szakorvos együttes engedélyével mehetek haza, helyi érzéstelenítés esetén legalább két óra, altatás esetén legalább négy óra eltelte után. A hazaszállításomat végző személy a fenti időpontok figyelembe vételével pontosan jön értem, hogy lakhelyemre szállítson.

4. Tudomásul veszem, hogy az Egynapos Sebészet nem tud betegszállítót biztosítani. Tudomásul veszem, hogy műtét után egyedül az intézményt nem hagyhatom el. Előzetesen gondoskodom arról, hogy közvetlen hozzátartozóm vagy más személy a kijelölt időpontban személygépkocsival vagy taxival hazaszállítson. Tudomásul veszem, hogy a műtét napját semmilyen járművet nem vezethetek, tömegközlekedési járművet nem vehetek igénybe.

5. Nyilatkozom, hogy a műtét után otthonomban 48 órás felügyeletem biztosított.

|  |
| --- |
| **Lakhelyre szállításomról gondoskodik** |
| Név: |  |
| Lakcím: |  |
| Telefon: |  |

|  |
| --- |
| **Otthoni felügyeletet vállaló személy** |
| Név: |  |
| Lakcím: |  |
| Telefon: |  |

**Nyilatkozom, hogy a Betegtájékoztatót elolvastam, tudomásul veszem, az abban foglaltakat elfogadom, az előírásokat betartom.**

Kaposvár, …… év ……………. hónap ……… nap

………………………………………….

a beteg vagy törvényes képviselőjének

aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

|  |  |
| --- | --- |
| Név: |  |
| Lakcím: |  |
| Aláírás: |  |
| Név: |  |
| Lakcím: |  |
| Aláírás: |  |

**Tájékoztató és elfogadó nyilatkozat**

**egynapos sebészeti beavatkozás elvégzéséhez**

Tisztelt Betegünk!

A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház (továbbiakban: Kórház vagy Intézmény) a jelenleg érvényes finanszírozási jogszabályok értelmében jogosult egyes beavatkozások úgynevezett „Egynapos sebészeti” ellátási formában történő elvégzésére.

Kérjük, figyelmesen tanulmányozza át az ezen ellátási formáról készült tájékoztatónkat.

Az egynapos sebészeti ellátás fő célja, hogy modern műtéti technikával, személyre szabott szakápolással, 24 óránál rövidebb ideig gyógyuljanak betegeink Intézményünkben, majd hazatérve otthonukba, hozzátartozóik körében nyerjék vissza egészségüket. Orvosaink, szakdolgozóink és valamennyi munkatársunk munkájával az Ön mielőbbi gyógyulásához kíván hozzájárulni.

**Az egynapos beavatkozások jellemezője – előkészítés folyamata:**

1. Az egynapos beavatkozások meghatározó jellemzője:

* kizárólag beutalóval vehető igénybe – beutaló nélkül nem kerülhet beteg műtéti előjegyzésre,
* tervezett (nem sürgősségi)

2. A beutaló tartalmazza

* a beteg és az általa megjelölt hozzátartozó adatait, elérhetőségét
* szociális helyzetét,
* a felállított diagnózist,
* A beavatkozás jellegét,
* a beavatkozás időtartamát.

**Az egynapos sebészeti műtétre és érzéstelenítésre – altatásra – való alkalmasságot az operáló orvos, illetve az altató (aneszteziológus) szakorvos dönti el, a beteggel is egyeztetve.**

A műtéti beavatkozás előtt, hasonlóan más műtéti formákhoz, teljes kivizsgálás (labor, EKG, mellkasröntgen stb.) szükséges, amely vizsgálatok az Intézményen belül elvégeztethetőek. A kivizsgálást követően, előjegyzés alapján kerül sor az altató orvosi vizsgálatra. Az Ön műtéti altatásra való alkalmasságát az aneszteziológiai vizsgálat dönti el.

Az altathatóságról döntő vélemény kialakításakor az altatóorvos figyelembe veszi az Ön esetleges meglévő kockázati tényezőit (pl. cukorbetegség, magas vérnyomás, lezajlott szívinfarktus stb.) konzultál az Önt beutaló szakorvossal, hogy alkalmas-e az egynapos sebészeti beavatkozásra vagy inkább a teljes felépülés idejére kórházi ellátást tart szükségesnek.

Az egynapos sebészeti beavatkozásokra való alkalmasság feltételei:

* a beteg lakásában legyen telefon, fürdőszoba, többszintes ház esetén lift,
* az operáló intézmény, a beteg lakóhelyétől számítva – az általános forgalmat figyelembe véve személygépkocsival 3 percen belül elérhető kell legyen – vidéki betegek esetén rendelkezni kell az Intézményhez közeli szállással a műtét követő első 48 órára
* a beavatkozást követően 48 óra időtartamra rendelkezésre kell álljon olyan hozzátartozó, vagy más személy, aki a felügyeletet, ápolást végzi és szükség esetén az Intézménybe történő visszaszállítást megteszi/kezdeményezi
* a beavatkozást követően az Intézmény elhagyása kizárólag kísérővel történhet
* a beteg együttműködése, melynek részeként írásban hozzájárul a műtéti beavatkozás egynapos ellátási formában történő elvégéséhez

**AZ INTÉZMÉNYBŐL NEM TÁVOZHAT KÍSÉRŐ NÉLKÜL, NEM VEZETHET, NEM VEHETI IGÉNYBE BETEGSZÁLLÍTÓ SZOLGÁLTATÁSÁT, VALAMINT TÖMEGKÖZLEKEDÉSI ESZKÖZT!**

**BEAVATKOZÁST KÖVETŐEN OTTHOÁBA KIZÁRÓLAG SZEMÉLYGÉPKOCSIVAL VAGY TAXIVAL, KÍSÉRŐVEL TÁVOZHAT!**

Tisztelt Betegünk!

Abban az esetben, ha Ön megfelel a fentiekben leírt feltételeknek, alkalmas az egynapos beavatkozási formában történő műtétre, akkor ellátásáról terápiás javaslat készül, mely tartalmazza a szakorvosi vélemények, javaslatok, vizsgálati eredmények alapján a műtéti tervet, a műtéti érzéstelenítés típusát.

Beavatkozás előtt Ön kézhez kapja **az alábbi** dokumentumokat **– tájékoztatókat**, melyeket **kérjük, hogy gondosan tanulmányozzon át**:

* jelen tájékoztató, betegnyilatkozat
* a beutaló
* tájékoztatás és beleegyező nyilatkozat érzéstelenítéshez
* tájékoztatás és beleegyező nyilatkozat műtéti beavatkozáshoz

**Műtét előtti – utáni teendők:**

**1. Műtét előtti nap**

* a műtéti beavatkozást végző szakorvossal és altatóorvossal megbeszélt előkészületeket tegye meg (körömlakk, műköröm kerüljön eltávolításra, sminket távolítsa el, **ékszert ne viseljen – hagyja otthonában**)
* éjféltől ne igyon, kivéve, ha ettől eltérő tájékoztatást kap
* rendszeresen szedett gyógyszereit a megbeszéltek szerint vegye be

**2. Műtét napja**

* teljesen éhgyomorral (kivéve, ha ettől eltérő tájékoztatást kap), az előzetesen egyeztetett pontos időpontban érkezzen.

TISZTELETTEL TÁJÉKOZTATJUK, HOGY KÉSÉS ESETÉN MŰTÉTI BEVATKOZÁSÁT CSAK KÉSŐBBI IDŐPONTBAN, SETLEGESEN MÁS NAPON TUDJUK ELVÉGEZNI.

* feltétlenül hozza magával: friss leleteit, korábbi betegdokumentációit, rendszeresen szedett gyógyszereiből egy napi adagot, valamint papucsot.

KÉRJÜK, EGYÉB ÉRTÉKET, NAGYOBB ÖSSZEGŰ PÉNZT NE HOZZON MAGÁVAL, MERT AZOK MEGŐRZÉSÉRŐL, GONDOSKODNI NEM TUDUNK, ILLETVE AZOKÉRT FELELŐSSÉGET NEM VÁLLALUNK.

**EGYETLEN ÉKSZERT, IDEÉRTVE A TESTÉKSZEREKET IS, SEM VISELHET, MIVEL AZOK SÚLYOS MELLÉKSÉRÜLÉSEKET OKOZHATNAK!** (BEAKADHAT, ILLETVE ELEKTROMOS KÉS HASZNÁLATA ESETÉN SÚLYOS ÉGÉSI SÉRÜLÉS ALAKULHAT KI).

**3. Közvetlen műtét előtt**

* a beavatkozás előtt találkozik a műtétet végző, valamint az érzéstelenítést végző orvossal, ekkor még lehetősége nyílik arra, hogy felmerülő kérdéseire választ kapjon
* műtét előtt az ápoló beadja az aneszteziológus által elrendelt belső feszültséget, izgalmat csökkentő nyugtató készítményt
* vénabiztosítás történik a beavatkozás idejére – valamelyik oldali kari vénájába műanyag cső kerül bevezetésre, melyen keresztül történik az altatószer véráramba juttatása, valamint ezen keresztül biztosítják a szervezet folyadékegyensúlyát, infúzió segítéségével
* a bevezetett vénabiztosításra alkalmas eszköz a benntartózkodás ideje alatt végig a kari vénában marad az esetlegesen felmerülő szövődmények elhárítása, a gyorsabb fájdalomcsillapítás kivitelezhetősége érdekében
* amennyiben szükség van rá, a műtét előtt felkeresi a műtőssegéd, a műtét típusának megfelelő műtéti területi testfelszín előkészítése -, fertőtlenítés, borotválás – céljából

KÉRJÜK, HOGY A BOROTVÁLÁST OTTHON NE VÉGEZZÉK EL, VALAMINT A TESTÁPOLÓ HASZNÁLATÁT IS KERÜLJÉK A MŰTÉTET MEGELŐZŐEN!

**4. Műtét után**

* a műtét után általános állapota, valamint az érzéstelenítés típusától függően megfigyelésre szorul – helyi érzéstelenítés esetén 2, míg altatás esetén 4 óra
* beavatkozás után 1 órával az altatóorvos engedélye esetén már folyadékot, illetve kekszet fogyaszthat
* a következő időszak a felkészülés a hazamenetelre, melynek lépcsői, feltételei:
* ágyból történő felkelés – ápolói segítséggel
* első lépések megtétele
* bő folyadékfogyasztás
* vizeletürítés
* megfelelő fájdalomcsillapítás
* jó közérzet
* a hazabocsátás előtt az operáló orvos megvizsgálja, utasításokkal látja el, megbeszélik az első kontroll és a kötéscsere időpontját

**Amennyiben az operáló orvos, valamint az érzéstelenítést végző orvos is mindent rendben talál** az Ön állapotában, úgy a zárójelentés, a keresőképtelenséget igazoló irat, illetve egyéb igazolások átvételét követően **elhagyhatja az Intézményt, kizárólag hozzátartozója vagy más személy kíséretében, személygépkocsival vagy taxival!**

Köszönjük, hogy tájékoztatónkat áttanulmányozta és a műtéti beavatkozás elvégzésére a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházat választotta.

Alulírott ……………………………………..(név)………………………. (születési hely, idő)

……………………………………(anyja neve).………………………………………(lakcím)

elfogadom műtéti beavatkozásom egynapos sebészeti ellátás keretében történő elvégzését, a tájékoztatóban felsorolt előírásokat tudomásul veszem és betartom.

Kaposvár, …………… (év) ………………………….(hó)………..(nap)

………………………………………………

aláírás