



A DOKUMENTUM 3 OLDALBÓL ÁLL

Név: _____

Születési idő: _____ TAJ szám: _____

Osztály/részleg (felvételtől kitöltendő): _____

TÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy kivizsgálása, kezelése, ill. mielőbbi gyógyulása érdekében kacsikonizáció, méhkaparással szükséges, ami szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. A Szülészeti-nőgyógyászati Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy – mindent mérlegelve – dönthessen, és beleegyző nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) szóban egyéniesített részletes tájékoztatást ad, ami az Ön számára szükséges, érthető, és állapotában megfelelő.

A beavatkozás jellege:

Hüvelyi diagnosztikus és terápiás jellegű beavatkozás.

A beavatkozás célja:

A méhszájon észlelt kolposzkópos és citológiai rákmegelőző állapotra utaló vagy panaszt okozó jóindulatú elváltozás esetén végzett műtét.

Hogyan történik a beavatkozás?

Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hüvelyt fertőtlenítyük, a méhszájat kifogjuk. A metszést az ép hámban vezetve a méhnyakból hámját rádiófrekvenciás hurokkal eltávolítjuk. Ha kürettázs is szükséges, szondavizsgálat után a méhnyakat feltágítjuk, majd kürettákkal eltávolítjuk a méhnyak és a méhtest nyálkahártyáját. A kapott mintákat szövettani feldolgozásra küldjük. A műtéti terület vérzését csillapítjuk.

Mik a beavatkozás esetleges szövődményei?

A szövődmények gyakoriságát emelhetik bizonyos betegségek, élvezeti szerek fogyasztása, túlsúlyosság, előzményben szereplő műtétek és azok szövődményei. Ezekről feltétlenül tájékoztassa orvosát.

A méh sérülése (perforáció) esetén hastükrözés, esetleg hasmetszés válhat szükségessé. A műtét utáni napokon vérzés, később a nyakcsatorna külső nyílásának szűkülete léphet fel.

A szövődmények elhárítására, ellátására és gyógyítására kórházunkban a feltételek biztosítva vannak.

Műtét utáni történések:

A beteg még a műtét napján, ha egy napos beavatkozásként került elvégzésre, vagy másnap távozhat osztályunkról. Műtét után enyhe alhasi görcsök, kevés vérzés néhány napig, folyás pár hétig lehetséges.

(folytatás a következő oldalon!)



(folytatás az előző oldalról!)

Milyen alternatív megoldás lehetséges?

A méhszáj jóindulatú elváltozásának konzervatív kezelése, ez hosszadalmas, gyakran kiújul és nem végleges. Fagyasztásos, ill. lézeres sebészeti eljárások is végezhetőek.

Mi a teendő a beavatkozás után?

Műtét után kímélő életmód, nemi élet mellőzése javasolt, a további kezelés a szövettani lelettől függ, ezért 2 hét múlva kérjük vissza; kontroll vizsgálat javasolt 4-6 hét múlva.

A műtét elmaradásának következményei:

Panaszainak fokozódása, rosszindulatú elfajulás.

Tisztában vagyok azzal, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat.

A beavatkozáshoz adott beleegyző nyilatkozatát bármikor jogában áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapján a beteget megillető önrendelkezési joga, illetve az ellátás visszautasítására való joga -kizárólag törvényben meghatározott módon és esetekben- korlátozható.

Kiskunhalas, 20_____

tájékoztatást végző orvos aláírása, pecsét

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
KACSKONIZÁCIÓ**

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és szóban is teljes körű tájékoztatást kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek. A feltett kérdéseimre megfelelő, érthető választ kaptam. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba beleegyezem.

Ezek alapján a műtét kiterjesztésére is nyilatkozom.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy a beavatkozáshoz adott beleegyző nyilatkozatomat bármikor jogomban áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20_____

orvos aláírása, pecsét

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

(folytatás a következő oldalon!)



(folytatás az előző oldalról!)

MŰTÉT 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!)

Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. és azzal, hogy kezelőorvosomat nem terheli felelősség, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Kiskunhalas, 20_____

orvos aláírása, pecsét

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

NYILATKOZAT A BEAVATKOZÁS ELUTASÍTÁSÁRA

A fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és a teljes körű írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján tudomást szereztem arról, hogy jogom van a beavatkozás elutasítására.

Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. és azzal, hogy kezelőorvosomat nem terheli felelősség, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy a beavatkozás visszavonására vonatkozó nyilatkozatomat bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatom.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20_____

orvos aláírása, pecsét

beteg vagy törvényes képviselő aláírása