

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

Hasi méheltávolítás (Hysterectomy abdominalis)

Alulírott #!NEV;, #!BIRSZAM;, #!BVAROS; #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel:

Tájékoztattuk, hogy az Önnél elvégzett korábbi n gyógyászati vizsgálat, vagy szövettani mintavétel eredménye a méhen (méhnyak, méhtest, méhnyálkahártya) olyan kóros elváltozást igazolt, aminek következtében a méhet érdemes és javasolt eltávolítani.

Betegségem:

2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi m tétet, beavatkozást elvégezzék:

Javasolt gyóymód:

Hasmegnyitás útján, a kóros méh eltávolítása. Szükség szerint a méhet a petefészkekkel és petevezet kkel együtt kell eltávolítani. A m tét eredményeként a visszamaradt hüvely alkalmas közösülésre, de a továbbiakban havi vérzés és fogamzás (terhesség) nem várható.

Az eltávolított anyagot minden esetben szövettani vizsgálatra küldjük.

E m tétek id tartama függ a beavatkozás jellegét l, a talált elváltozástól. A m tét hossza átlagosan 1-2 óra, az ezt követ kórházi bentfekvés általában egy hét (6-7 nap).

A m tét leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei:

A m tét szöv dményeként felléphet lázas állapot, hasfali gyulladás, a szomszédos szervek, úgymint bél, húgyhólyag, húgyvezeték sérülése, vérzéses szöv dmények. Ezek a váratlan szöv dmények a leggondosabb m téti technika és tapasztalat mellett is el fordulhatnak, amelyek megoldásához más szakterületek képvisel inek segítségét kérhetjük.

A m tét el nyei:

A kóros méh eltávolításával a panaszok megsz nnek, a daganatos elváltozás a továbbiakban nem fejl dik ki, az életmin ség javul.

A m tét általános érzéstelenítésben történik, amellyel a m tét teljes fájdalommentességét tudjuk biztosítani. A fájdalomcsillapítás módjáról szükség esetén az érzéstelenítést végz orvos ad részletes felvilágosítást. Az altatórvos utasításait tartsa be, a m tét napján ellen rizze a teend ket!

A fenti tájékoztatást tudomásul vettem, ezt megértettem, kérdéseimre választ kaptam. A szükségessé váló vizsgálatok, beavatkozások elvégzéséhez hozzájárulok, kérem a m tét elvégzését.

További kérdésem a beavatkozással kapcsolatban nincs.

3. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetér l és céljáról, a várható el nyökr l és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelel tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

4. A m téti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek** (pl. a tervezett m tét l való eltérés).

5. Tudomásul veszem, hogy a m tétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.

6. Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé.

7. **Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért beleegyezem** abba, hogy kezelésben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
8. **Tudomásul veszem, hogy az egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátás érdekében** a tétemet vagy rajtam végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.
9. **A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.**

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a tétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeire a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

A fenti tájékoztatást tudomásul vettem, ezt megértettem, kérdéseimre választ kaptam. A szükségessé váló vizsgálatok, beavatkozások elvégzéséhez hozzájárulok, kérem a tét elvégzését.

További kérdésem a beavatkozással kapcsolatban nincs.

dátum

Kórlapszám:

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő, vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása