

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

Hasmetszés (hasmegnyitás) diagnosztikus és terápiás célzattal (Laparotomia explorativa)

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

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel:
betegségem:
mely a kórisme szerint:

Tájékoztatom, hogy az Önnél elvégzett n gyógyászati vizsgálat olyan elváltozást igazolt, amelynek további tisztázása hasmetszés elvégzését teszi szükségessé.

Bizonyos kismencedei megbetegedések (pl. méhen kívüli terhesség, összenövések, kismencedei tályog, cysta megrepedése, stb.), amikor a modern diagnosztikai lehet ségek, a laborvizsgálatok, ill. a tapintási lelet nem vezet el a pontos diagnózishoz, és ha a beteg állapota ezt indokolja, szükséges lehet diagnosztikus és terápiás célból laparotomiára, azaz hasmegnyításra. Ez történhet a has harántirányú és hosszirányú metszésével. A hasmegnyítás általában a szeméremcsont és a köldök között történik, de hosszanti metszésnél ritkán el fordulhat a metszés köldök fölé történ kiterjesztése is.

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

Javasolt gyóymód:

A hasmegnyítás, amely m tét során a hagyományos úton, szikével történik, annak tisztázására, hogy mi okozza az Ön panaszait (pl. láz, hasi panasz, laboratóriumi vizsgálatokban talált eltérés stb).

A m tét során a kismencedei szerveket megtekintjük, és a diagnózis felállítása után, a szükséges m téti beavatkozásokat, ha ez indokolt, elvégezzük. Ez lehet a függelék, (petefészek, petevezet), egy vagy kétoldali eltávolítása, a méh, akár részleges, akár teljes eltávolítása, összenövések oldása.

El fordulhat sebészeti konzílium kérése, amikor a betegség összetett, és oka sebészeti elváltozás. Ilyenkor a sebész szakorvos folytatja a m tétet.

Az eltávolított anyagot minden esetben szövettani vizsgálatra küldjük.

E m tét id tartama függ a beavatkozás jellegét l, a talált elváltozástól. Az ezt követ kórházi bentfekvés, a gyógyulás mérték t l függ en, 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 leggyakoribb m téti technika és tapasztalat mellett is el fordulhatnak.

A m tét el nyei:

A panaszokat okozó, kóros, nem m köd szerv eltávolításra kerül. Így a panaszok megsz nnek, a gyulladás visszahúzódik, az esetleges lázas állapot megsz nik.

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.

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 módzatairól **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.**
5. **Tudomásul veszem, hogy a m téttem, 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 kezelésemben – felel s 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 szakszer ellátás érdekében m témetet vagy rajtam végzend beavatkozást az osztályvezet f orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.**
9. **A kapott tájékoztatást elegend nek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.**

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a m tétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felel sséget átvállalom, azokat az orvosokat, akikt l a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felel sség alól felmentem. Ebb l ered en 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 m tét elvégzését.

További kérdésem a beavatkozással kapcsolatban nincs.

dátum

Kórlapszám:

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képvisel , vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása