

# NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉSR L

## Hüvelycsonk fixáció hastükrözéssel

(Colpopexia laparoscopica)

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

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel:  
betegségem: a hüvelycsonk el esése, korábbi m tét után,  
részleges vizelettartási nehézségek.

mely a kórisme szerint: hüvelycsonk el esés.

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

### Javasolt gyógymód:

A m tét lényege, hogy a korábban végzett beavatkozás után történ , el esett hüvelycsonkot hastükrözés (laparoszkópia) útján felkeressük és szövetbarát háló segítségével a gerinchez rögzítjük, így a hüvelyfal süllyedést megszüntetjük, közel korábbi anatómiai helyzetet hozunk létre.

A köldökgy r ben ejtett 1 cm-es metszéssel át optikai eszközt vezetünk a has rbe, ennek segítségével láthatjuk a kismedencét. Az alhas mindkét oldalára egy-egy metszést ejtve segédbehatolás révén m szereket vezetünk be, a középvonalba is, a szeméremcsont fölé, majd a hüvelyboltozaton keresztül segítve, a csonkot kiemeljük, a háló (szalag) egyik végét a csonkhoz, másik végét a gerinchez rögzítjük.

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

Vérzés, rendellenes erek sérülése, hasi szervek sérülése, hüvely- és hólyagsérülés, sebfert zés, lázas állapot, trombózis, vérmérgezés, embólia bálh dés.

Igen ritkán, váratlan szöv dmény felléptekor (nagyfokú vérzés, bélsérülés) a hastükrözést hasmetszéssel kell folytatni, a m tét sikeressége és a beteg biztonsága érdekében.

### A helyette alkalmazható gyógymódok:

Hüvelyplasztikák, Perigee háló.

### Esetleges hátrányai:

kiújulás, nem teljes anatómiai korrekció.

### A m tét el nyei:

A hüvelycsonk el esés, el boltosulás megsz nik, a komfortérzés javul, esetleges vizelettartási nehézségek rendez dnek.

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!

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 tét 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 tét, 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