

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

Hüvelyfali plasztika

(Kolporrhaphia anterior et/seu kolpoperineorrhaphia)

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

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel:
betegségem: **hüvelyfalsüllyedés, vizelettartási nehézség**

Tájékoztatom, hogy az Önnél elvégzett n gyógyászati vizsgálat eredménye alapján, panaszainak megfelelő en, m téti beavatkozás szükséges.

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

Javasolt gyóymód:

A beavatkozás során (a m tét lényegét tekintve), a kórosan kinyúlt hüvelyfal húgyhólyaggal szomszédos részének megkisebbitése, a hólyag zárórendszerének er sítése történik. A m tét az esetek zömében kifogástalan eredményt ad, kisebb részben a panaszok kiújulnak. A m tétet követ en legalább 4 napig katétert helyezünk a húgyhólyagba és csak ennek eltávolítása után tér vissza általában a spontán vizeletürítési képesség.

Lehetséges a hátsó hüvelyfal el boltosulása is. Ilyenkor a végbél közeli, kinyúlt hüvelyfalat kisebbítjük meg, új sebszéleket képezve, a gátat megemelve.

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. Az anatómiai helyzetb l adódóan igen ritkán el fordul, hogy a m tét során sérül a húgyhólyag és emiatt hosszabb ideig szükséges katétert viselni.

Hátsó hüvelyfali plasztika során a végbél sérülhet, ilyenkor sebész szakorvos bevonásával történik az ellátás.

A m tét el nyei:

A hüvelyfali süllyedés, el boltosulás megsz nik, a komfortérzés javul, az esetleges vizelettartási nehézségek rendez ndek.

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 altatóorvos 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 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 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 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 orvos 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 következményeiért 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