

# NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYZÉSRL

## Hüvelyi méheltávolítás (Hysterectomia vaginalis)

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

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel:  
betegségem: a szeméremrésben észlelt elváltozás,  
a méh lecsúsúzása, a mells -, hátsó hüvelyfal el boltosulása.

mely a kórisme szerint: Prolapsus uteri. Cystocele. Rectocele.

Tájékoztatom, hogy az Önnél elvégzett korábbi n gyógyászati vizsgálat, olyan elváltozást igazolt, amely panaszainak megszüntetésére m téti beavatkozást igényel.

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

### Javasolt gyógy mód:

A m tét lényege a (kóros) méh hüvelyen keresztül történ eltávolítása. A hüvelyboltozaton ejtett körkörös metszés, majd a megfelelő képletek lefogása után távolítjuk el a méhet. F leg a változás kora után a petefészkek eltávolítására is sor kerülhet. A beavatkozást szükség esetén mells és hátsó hüvelyfali plasztikával is szükséges kiegészíteni. A m tét után hólyagkatétert helyezünk be, amely 4 napig marad a húgyhólyagban. A m tét eredményeként a visszamaradó hüvely alkalmas közösülésre.

Az ilyen típusú m tétek átlagos tartama 1-2 óra, az ezt követ kórházi bent fekvés 6-8 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 leg gondosabb m téti technika és tapasztalat mellett is el fordulhatnak, amelyek megoldásához más szakterületek képvisel inek segítségét kérhetjük.

### A m tét el nyei:

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

A m tét általános érzéstelenítésben történik, de gyakran történhet gerinc közeli érzéstelenítésben is, amellyel a m tét teljes fájdalommentességét tudjuk biztosítani. A fájdalomcsillapítás módjáról, annak formájáról 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 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 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 szakszerű ellátás érdekében** a tétet 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