

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYZÉS R L

A méh nyálkahártyájának leégetése (Ablatio endometrii)

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

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

betegségem:er s, darabos, visszatér rendellenes vérzés,
vastag méhnyálkahártya

Tájékoztattuk, hogy kivizsgálás során a méhnyálkahártya megvastagodását észleltük, amely okozza a visszatér rendellenes vérzést. Olyan beavatkozás szükséges, amely során a nyálkahártyát elektromosan eltávolítjuk. A m tét következményeként a b menzeszek elmaradnak, vagy jelent sen csökkennek. Ilyen beavatkozások után terhesség nem vállalható, de igen ritkán el fordulhat, így adott esetben megfelelő fogamzásgátlásról gondoskodni kell.

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

Javasolt gyóymód:

A méhtükrözés, méh nyálkahártya leégetése.

A m tét során a méhszájat mechanikus úton tágítjuk, a méh üregét élettani sóoldattal töltjük fel.

A hüvelyen és a méhszájon keresztül egy erre a célra kifejlesztett eszközt vezetünk be, majd a szem ellen rzése mellett elektromos úton leégetjük a rendellenes vérzést okozó méhnyálkahártyát.

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

A m tét leggyakoribb szöv dménye a méhfal átfúródása, a méhfal sérülése, vérzés. A méhfal átfúródásánál a kismedencei szervek épségér l hastükrözéssel, vagy hasmegnyitással kell meggy z dni. Ilyenkor a beavatkozást ezen típusú m tetekkel folytatjuk.

Kés i szöv dményként, hónapok, vagy évek múlva a rendellenes méhvérzés kiújulásával kell számolni. A m tétet követ en az esetek 20-30 %-ban a menstruáció teljesen elmarad.

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. Felmerült kérdéseimre választ kaptam.

4. A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokba, amelyek a m tét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, feltétlen és visszavonhatatlan beleegyezésemet adom** (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 videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé, személyiségi jogaimat nem sértheti.**

7. **Tudomásom van arról, hogy a gyóymintézetben 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 téttemet vagy rajtam végzend beavatkozást az osztályvezet f 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 műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a teljes felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól teljes körben mentesítem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semmilyen igényt nem támasztok.

Jelen nyilatkozat aláírásával feltétlen és visszavonhatatlan lemondok a velük, intézménnyel szembeni, ebből eredő mindennemű igényemről.

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

További kérdésem a beavatkozással kapcsolatban nincs.

dátum

Kórlapszám:

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő, vagy a
meghatalmazott hozzátartozó aláírása