

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

Méhszájon végzett m tétek

(conisatio, kacs-m tét, méhszájplasztika, amputatio stb.)

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

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

Tájékoztatom, hogy az Önnél elvégzett n gyógyászati vizsgálat olyan elváltozást igazolt, amelynek további tisztázása, a méhszájon történő beavatkozás elvégzését teszi szükségessé.

Ez az elváltozás lehet régi berepedés, úgynevezett rákmegeg z állapot, ill. kialakult méhdaganat. Az eltávolított anyagot minden esetben szövettani vizsgálatra küldjük.

A m tét történhet hagyományos szikével, vagy elektromos kaccsal.

E m tétek átlagos id tartama az alkalmazott módszert l függ en 5-20 perc, az ezt követ kórházi bentfekvés 3-5 nap.

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

Javasolt gyógmód:

A m tét lényege a küls méhszájon és környezetében lev kóros elváltozások m téti eltávolítása a legtöbb esetben a nyakcsatorna és a méhnyálkahártya eltávolításával együtt (méhkaparás).

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

A m tét szöv dményeként ritkán el fordulhat utóvérzés, lázas állapot, gyulladás, a méhkaparás során a m szerek okozta sérülés (a méh kilyukasztása (perforatio), vérzés).

Ezek a szöv dmények a gondos m téti technika és tapasztalat mellett igen ritkák, de a beavatkozás kockázatának kell tekinteni.

A m tét el nyei:

A korábbi panaszok megsz nnek, a szövettani eredmény birtokában, ha szükséges, további, akár gyógyszeres, akár további m tétes kezelés lehetséges.

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.

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.

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 tétt 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 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 műtétet 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 műtétet, 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 műtét elvégzését.

További kérdésem a beavatkozással kapcsolatban nincs.

dátum

Kórlapszám:

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő, vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása