

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

Polypus és myoma-göb eltávolítás (Hystero-resectosopia)

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

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel:
betegségem: Ultrahanggal, MRI-vel igazolt méh nyálkahártya polypus,
a méh üregébe bedomborodó myoma-göb.

Tájékoztatom, hogy kivizsgálás során, a fenti képalkotó eljárásokkal, a méhnyálkahártyájában, a méh üregébe bedomborodó polypust, az izomzatból kiinduló és szintén a méh üregébe bedomborodó myoma-göböt találtunk. Az elváltozás okozhat vérzési rendellenességet, de akadály lehet teherbe esésnek is. Olyan beavatkozás szükséges, amely során ezen képleteket elektromosan eltávolítjuk.

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

Javasolt gyógymód:

A méhtükrözés, a bedomborodó polypus, myoma göb elektromos hurokkal történő eltávolítása

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

A hüvelyen és a méhszájon keresztül egy erre a célra kifejlesztett eszközt vezetünk be, majd a szem ellen részese mellett elektromos úton eltávolítjuk a képleteket.

A m tét leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövdményei:

A m tét leggyakoribb szövdménye 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 tétékkel folytatjuk.

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 alatóorvos 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 szövdmények 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 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 videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé, személyiségi jogaimat nem sértheti.
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 szakszer ellátás érdekében** m tétet vagy rajtam végzend beavatkozást az osztályvezet f orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.
9. **A kapott tájékoztatást elegend nek 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 semminem 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
meghatalmazott hozzátartozó aláírása

a beteg, törvényes képviselő, vagy a