

# NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

## Terhességmegszakítás

(Interruptio grav.)

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

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

Ön a Családvédelmi Szolgálat véd n jével történt megbeszélést követ en azzal az elhatározással érkezett osztályunkra, hogy a terhességének a megszakítását kéri. Nem szeretnénk, ha úgy érezné, hogy ezen felvilágosító szándékú tájékoztatónkkal ismételtlen befolyásolni, esetleg megnehezíteni kívánjuk döntését. Kötelességünknek tartjuk azonban, hogy ismertessük Önnel a terhességmegszakítás lehetséges, el re nem látható azonnali, korai és kés i szöv dményeit.

**Korábbi döntését még most is visszavonhatja!**

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

### Javasolt gyógymód:

A beavatkozás során, els lépésben, a méhnyakat kell tágítani. Ez történhet el zetesen felhelyezett (Laminaria) pálcá segítségével, vagy fokozatos nagyságban emelked méret (Hegar) tágító eszköz, méhnyakba történ behelyezésével. A következ lépésben a tágítás mértékének megfelel vacuum eszköz segítségével a méh tartalmát (a pete és mellékreszeit) eltávolítjuk.

A harmadik lépésben a méh üregét curettage kanállal leellen rizzük, hogy bármely szövetrész nem maradt-e vissza.

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

A megszakítást valamennyi esetben az egyéni elbírálás szerint, a lehet ségekt l függ en (a terhesség nagysága, korábbi terhességek, szülés) a legkíméletesebb, legkevesebb kés i szöv dményt eredményező módszerrel végezzük el. A legnagyobb körütekintés ellenére is, igen ritkán ugyan, el fordulhatnak komplikációk.

A beavatkozás során sérülhet a méhnyak, vérzés léphet fel. Ritkán, de el fordulhat a méh átfuródása (perforatio), ami további m tétet tesz szükségessé, hastükrözés, hasmegnyitás formájában, a sérülés, vérzés ellátására.

A m tét után néhány nappal, 1-2 héttel további komplikációként jelentkezhet alhasi fájdalom, lázas állapot, vérzés, a méhnyálkahártya, a petevezet k gyulladása, a pete mellékreszeinek visszamaradása következtében. Ezen esetek gyógyszeres kezelést, ritkán a m tégi beavatkozás megismétlését teszik szükségessé.

A terhességmegszakítás kés i szöv dménye medd ség, ismétl d vetélés, koraszülés, a méhlepény tapadási rendellenességei, igen ritkán a mnstruáció elmaradása.

Hangsúlyozni kívánjuk, hogy a fent említett szöv dmények a terhességmegszakítások igen kis számában jelentkeznek, és nem tekinthet k orvosi hibának, hanem a beavatkozással együtt járó veszélyeknek. Biztosíthatjuk Önt arról, hogy mindent megteszünk ezek megelő zésére.

### A m tét el nyei:

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 rizzze a teend ket!

A m tét után 2 órán belül felkelni nem szabad, a kórházat pedig csak a beavatkozás után 6 óra múlva, vagy csak másnap hagyhatja el. 24 órán belül gépjárm vet vezetni, szeszes italokat nyugtatót, altatót fogyasztani tilos.

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 tégi beavatkozás során azon változtatásokkal, amelyek a m tét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetérték** (pl. a tervezett m tét l való eltérés).

5. Tudomásul veszem, hogy a m tétel, 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 menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
7. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért beleegyezem abba, hogy kezelésemben – 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** m tételmet vagy rajtam végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos 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 m 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 m tét elvégzését.

További kérdésem a beavatkozással kapcsolatban nincs.

---

dátum

Kórlapszám:

---

a tájékoztató orvos aláírása

---

a beteg, törvényes képviselő, vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása