

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L

A Bartholin mirigy elváltozása

(Cysta s. abscessus Bartholini)

(Marsupialisatio)

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

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel:
betegségem: A Bartholin mirigy cystája, tályogja.

Tájékoztatom, hogy az elvégzett vizsgálatok alapján az un. Bartholin-mirigy elváltozását találtuk.

A **Bartholin-mirigyek** két, a hüvely jobb és bal oldalán, a hüvelybementhez közel elhelyezked mirigyek.

Bár szokatlan, de el fordulhat, hogy a Bartholin-mirigyeket irritáció vagy fert zés éri, mely duzzadással és fájdalommal jár.

Ha a mirigy kivezet csöve elzáródik, így az kitágul, cisztikus képpé alakul. Bartholin ciszta alakul ki, mely hirtelen nagy fájdalmakat okoz.

Van amikor a ciszta befert z dik és tályog alakul ki, gyulladós folyamat zajlik le.

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

Javasolt gyógymód:

Bartholin-mirigy ciszta és tályog esetében annak **megnyitását** végezzük, a tályog gennyes tartalmát kiürítjük. A megnyitott tályog falát két - két öltéssel kivarrjuk a b rhöz, a seb visszazáródásának megakadályozására (marsupialisatio).

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

A legnagyobb gondossággal végzett beavatkozás után is kialakulhatnak szöv dmények. A lehetséges **korai szöv dmények:** utóvérzés, gyulladás, láz, fájdalom.

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 altatórvos 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 szakszer ellátás érdekében** m témetet 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 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