



BETEGTÁJÉKOZTATÓ - BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

HÜVELYFALI PLASZTIKA

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében az alábbi műtét **elvégzését javasolja kezelőorvosa.**

A beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatjuk Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyző nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad.

Beteg neve.....**TAJ:**□□□-□□□-□□□

Születési idő: □□□□.□□.□□

1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

A hüvelyizomzat gyengülése, a hüvely nagyfokú, irreverzibilis tágulása, vagy vizelettartása problémák esetén.

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A hüvelyfalak süllyedése, hólyag- és bélsér, közösülési problémák, ill. vizelettartási zavarok miatt végzett hüvelyi terápiás jellegű beavatkozás. Kivizsgálás után műtéti előkészítésen esik át (gyógyszeres hashajtás, borotválás, infúzió). Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hüvelyt fertőtlenítjük. A műtét során a mellső, ill. hátsó hüvelyfalat szűkítjük. A műtőben a beavatkozás előtt hólyag-katétert helyezünk a húgyhólyagba.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A hüvelyfalak közel eredeti helyzetének visszaállítása, a vizelettartási problémák megoldása.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

A szövődmények gyakoriságát emelhetik bizonyos betegségek, élvezeti szerek fogyasztása, túlsúlyosság, előzményben szereplő műtétek és azok szövődményei. Ezekről feltétlenül tájékoztassa orvosát. Műtét alatt hólyag- vagy végbélsérülés, utóvérzés, vérömleny, vérzés húgyhólyagból, sipolyképződés, sebszétválás, vizeletürítési zavarok. Ez szükségessé teheti a sérült szerv részleges vagy teljes eltávolítását, pótlását, ideiglenes vagy végleges vendégnyílás /stoma/ készítését. A szövődmények gyakorisága 1% alattiak. Legsúlyosabb szövődményként előfordulhat tartós egészségkárosodás, halál, szerencsére ezek nagyon ritkán fordulnak elő, gyakoriságuk 10 ezrelék körüli. Panaszai az évek során kiújulhatnak.

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

5.1. A beavatkozás előtti történések

- vérvétel, vércsoport meghatározása,
- EKG,
- mellkas röntgen,
- altatóorvosi konzílium elvégzése
- branül behelyezése vénába
- szükség esetén állandó húgyhólyag-katéter bevezetése
- a premedikációs lap alapján módosított gyógyszerek beadása
- alsó végtagokra szükség esetén fásli felhelyezése
- szükség esetén a műtéti terület borotválása
- ékszerek, műfogsor eltávolítása

5.2. A beavatkozás utáni történések

Általános állapottól és a műtét típusától függően:

- infúzió és fájdalomcsillapítók adagolása;
- az esetleg behelyezett drainek (csövek) megfelelő időben történő eltávolítása;
- szájon keresztüli táplálás fokozatos bevezetése;
- gyógyszerelés folytatása;
- véralvadásgátló adagolása;

Kisfokú vérzés lehetséges. Műtét után kímélő életmód, nemi élet mellőzése javasolt, 4-6 hét múlva kontroll vizsgálat javasolt, panasz esetén azonnal.

6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Panaszainak fokozódása, a hüvely teljes kifordulása a méhével együtt.

7./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Fiatalabb korban hüvelyi torna, idősebb korban gyűrű felhelyezés, gyógyszeres kezelés, de ezek egyike sem éri el a műtéti kezelés hatékonyságát. A vizelettartási problémák megoldására egyéb (pl. szalag-plasztikai) műtétek végezhetők.

8./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint adtam meg. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének /hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam.

Kérdések és az arra adott válaszok:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Budapest, év hó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

9./ BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését. A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok. Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....
Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bármilyen betegségemet eltitkoltam, annak következményeit magam viselem. Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, év hó napóraperc

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

10./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli. (Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, év hó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzá tartozó aláírása

Tanúk:

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Név:

Lakcím:

Aláírás: