



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ - BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

### KACSKONIZÁCIÓ ÉS FRAKCIONÁLT ABRASIO

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 beleegyező 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 méhszájon észlelt kolposzkópos és citológiai rákmegelőző állapotra utaló vagy panaszt okozó jóindulatú elváltozás esetén.

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

Hüvelyi diagnosztikus és terápiás jellegű beavatkozás. Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hüvelyt fertőtlenítjük, a méhszájat kifogjuk. A metszést az ép hámban vezetve a méhnyak hámját rádiófrekvenciás hurokkal eltávolítjuk. Ha abrázió (kürettázs) is szükséges, szondavizsgálat után a méhnyakat feltágítjuk, majd küretkanállal eltávolítjuk a méhnyak és a méhtest nyálkahártyáját. A kapott mintákat szövettani feldolgozásra küldjük. A műtéti terület vérzését csillapítjuk.

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A méhszájon észlelt kolposzkópos és citológiai rákmegelőző állapotra utaló vagy panaszt okozó jóindulatú elváltozás esetén a beteg, ill. kóros hám eltávolítása és szövettani vizsgálatra küldése.

### 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. A méh sérülése (perforáció) esetén has tükrözés, esetleg has metszés válhat szükségessé. A műtét utáni napokon vérzés, később a nyakcsatorna külső nyílásának szűkülete léphet fel. A szövődmények 1% alattiak.

### 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 draineik (csövek) megfelelő időben történő eltávolítása;
- szájon keresztüli táplálás fokozatos bevezetése;
- gyógyszerelés folytatása;

Műtét után enyhe alhasi görcsök, kevés vérzés néhány napig, folyás pár hétig lehetséges. Műtét után kímélő életmód, nemi élet mellőzése javasolt, a további kezelés a szövettani lelettől függ, ezért 3 hét múlva kérjük vissza; kontroll vizsgálat javasolt 4-6 hét múlva.

**6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

Panaszainak fokozódása, rosszindulatú elfajulás.

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

A méhszáj jóindulatú elváltozásának konzervatív kezelése, ez hosszadalmas, gyakran kiújul és nem végleges. Fagyasztásos, ill. lézeres sebészeti eljárások is 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 ..... nap .....óra .....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

## 9./ BELEEGYZŐ 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 bárminemű 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 ..... nap .....óra .....perc

.....  
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 ..... nap .....óra .....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

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

Tanúk:

Név: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....