



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ - BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### MÉHTÜKRÖZÉS (HISZTEROSZKÓPIA /HSK/)

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

Vérzési rendellenességek, vastag méhnyálkahártya ablálása, daganatok, meddőség vagy „elveszett” méhen belüli eszköz tisztázása esetén.

#### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

Hüvelyi diagnosztikus és terápiás jellegű beavatkozás, egyike a legkorszerűbb vizsgáló és gyógyító eljárásoknak, mely lehetővé teszi a méh üregének megtekintését, valamint számos műtéti beavatkozás elvégzését a méh üregén belül. Az altatórvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hüvelyt fertőtlenítyük, a méhszájat kifogjuk, szondavizsgálat után a méhnyakat feltágítjuk, majd állandó folyadékfeltöltés mellett optikát vezetünk a méhüregbe. A méhüreget áttekintjük, a szükséges műtétet elvégezzük, bizonyos esetekben méhen belüli fogamzásgátló eszközt, vagy felfújó hólyag-katétert hagyunk vissza a méhüregben a vérzés csökkentése céljából.

#### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

Diagnosztikus esetben a vérzési rendellenességek, daganatok, és a meddőség okának tisztázása céljából, „elveszett” méhen belüli eszköz megtalálására, esetleg a méh áthatoló sérülésének (perforáció) gyanújakor végezzük. Kezeléskor (operatív hiszteroszkópia) méhüregi szöveti mintavétel, polip, mióma göb, méhen belüli eszköz eltávolítása, méhüregi összenövés oldása, a méh nyálkahártyájának eltávolítása céljából. Ellenjavallt, ha kismedencei gyulladás, terhesség, vagy bizonyított rosszindulatú daganat áll fenn.

#### 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 műtét alatti szövődmények: folyadékfeltöltés, vérzés, embólia. A méh sérülése (perforáció) esetén has

tükrözés, esetleg has metszés válhat szükségessé. A műtét utáni szövődmények napokon vérzés, gyulladás léphet fel. Később a panaszok visszatérhetnek. 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 műtési 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;
- véralvadásgátló adagolása;

A beteg aznap távozik osztályunkról. Műtét után enyhe alhasi görcsök, kevés vérzés néhány napig lehetséges. A méhüregbe helyezett katétert 1-2 nap múlva, a fogamzásgátló eszközt 1-3 hónap múlva távolítjuk el. Pár napig kímélő életmód, a további kezelés az esetleges szövettani lelettől függ, kontroll vizsgálat javasolt 4 hét múlva.

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

Panaszainak fokozódása, az elváltozások tovább fejlődése és terjedése. A riasztó szövödmények ellenére az Ön döntését az vezérelje, hogy gyógyulása érdekében történik a beavatkozás, és sokkal nagyobb haszon várható, mint amekkora kockázat.

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

A legmodernebb beavatkozások egyike, de vannak egyéb diagnosztikus eljárások is: méhkaparás, HSG, ultrahang, ezek azonban nem adnak olyan pontos felvilágosítást, mint a hisztosztopia..

## **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./ 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 bárminemű betegséget 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: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

**Aláírás:** .....

**Aláírás:** .....