

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
(invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.)

A MÉHFÜGGELÉK(EK) ELTÁVOLÍTÁSA HASI ÚTON
(ADNEXECTOMIA)

I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Önnek érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa el a tájékoztatót. Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

1. A tervezett kezelés leírása, beavatkozás elnevezése, beavatkozás indikációja:

A petefészek és/vagy a petevezeték eltávolítása a hasfalon keresztül. (latinul: Adnexectomia per laparotomiam)

Gyulladásos folyamatok, jó- ill. rosszindulatú petefészek/petevezeték folyamatok.

2. A tervezett beavatkozás és gyógymód célja:

Terápiás eljárás

3. A tervezett beavatkozás kockázata, várható következményei és szövődményei:

- **Erős vérzés:** amely vérátömlesztést igényel. A vérátömlesztés nagyon ritkán fertőzést /pl hepatitis-májgyulladás/ okozhat.
- **Környező szervek sérülése:** /pl. húgyvezeték, húgyhólyag, belek/. Ennek veszélye minden esetben nagyobb, amikor gyulladások, daganatok vagy előzetes műtétek összenövésai folytán az anatómiai helyzet eltér a szokásostól.
- **Idegek kompressziós sérülése:** általában időleges, pár hét alatt a tünetek megszűnnek. Ezek általában hosszabb műtétek esetén a műtőasztalon való fekvésből adódnak, fő tünete az adott testrészletre vonatkozó érzészavar, mozgáshiány.
- **A vizeletürítés zavara:** általában rövid ideig tart, katéter visszahelyezésével 1-5 nap alatt rendeződik.
- **Utóvérzések:** esetleg több nappal a műtét után : újabb műtétet, ill. vérátömlesztést igényelhet.
- **Hasi, háti, mellkasi fájdalom:** általában maguktól megszűnnek.
- **Túlérzékenység:** a kapott gyógyszerekre, fertőtlenítőszerekre.
- **Gyulladás:** a műtéti területen vagy a hasfalban: ezek a gyulladások antibiotikum kezelésre általában pár nap alatt teljesen megszűnnek. A hasfali gyulladások / tüneti: fájdalom, bőrpír, váladékozás, a hasfal egyes rétegeinek szétválása/ általában localis sebkezelést, de az esetek egy részben újabb hasfalzáró műtétet igényelnek.

- **Tályog illetve fistula a környező szerveken:** igen ritka szövődmények, általában műtéti beavatkozást igényelnek.

Az Egészségügyi Minisztérium Sebészeti Szakmai Kollégium szakmai protokollja szerint intézményünk tájékoztatja, hogy a legnagyobb gondosság mellett is, **bizonyos körülmények között előfordulhat idegentest véletlen visszahagyása.**

A műtéti szövődmények extrém esetben súlyos, tartós egészségkárosodáshoz is vezethetnek!

4. Alternatívák ismertetése:

Az esetek többségében nincs alternatív eljárás. Egyes jóindulatú, vagy gyulladásos betegségek esetében laparoscopia (hasükrözés) szóba jöhet. Ilyenkor kisebb a hasi metszés, kevesebb a sebgyógyulással kapcsolatos szövődmény, gyorsabb a műtét utáni felépülés.

5. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:

Igazolt rosszindulatú betegség esetén a folyamat továbbterjedhet, majd halálhoz vezethet.

Gyulladásos alapfolyamat esetén a gyulladás további szervekre terjedhet, majd halálhoz vezethet.

Vérzést okozó alapfolyamat esetén súlyos fokú, majd az életet is veszélyeztető vérszegénység alakulhat ki.

A műtétet megelőzően elvégzett vizsgálatokkal az alapfolyamat jó – vagy rosszindulatúsága teljes biztonsággal nem dönthető el, így jóindulatúnak vélt eltérések is lehetnek szövettanilag rosszindulatúak.

6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

A műtéti siker valószínűsége nagymértékben függ a műtét közben talált eltérésektől, rosszindulatú folyamat esetén a folyamat kiterjedtségétől, a környező szervekhez való viszonytól.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartalma:

Sebgyógyulási problémák, vizeletürítéssel kapcsolatos problémák, széklethabitus változás, hasfali fájdalom, hasfali sérv. A gyógyulás időtartama kb. 4-6 hét.

II. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve:

Beteg neve:

Születési ideje: TAJ száma:.....

A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:

Egészségi állapot, ennek orvosi megítélése:

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

A javasolt beavatkozás megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata a Beteg esetében:

.....

.....

.....

Lehetséges alternatív eljárás, módszer a Beteg esetében:

.....

.....

.....

A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

.....

Az ellátás folyamata és várható kimenetele a Beteg esetében:

.....

.....

.....

További ellátások, javasolt életmód a Beteg esetében:

.....

.....

.....

A beteg kérdései:

.....

.....

.....

A kérdésekre adott válaszok:

.....

.....

.....

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéni**sített, teljes körű tájékoztatást a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest,

A beavatkozást végző orvos neve:

aláírása, pecsétje

Tisztelt Betegünk!

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógmód kiválasztására kerül sor.

A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen. A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

A BETEG (VAGY KÉPVISELŐJE) TÖLTI KI:

1. E nyilatkozatot a Szent Margit Kórház keretében kezelt *[Kérjük, húzza alá a megfelelőt!]*

- **betegként**
- a beteg **törvényes képviselőjeként** adom.

(A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)

2. **Kijelentem**, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógmódok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.

3. **Felkérem és felhatalmazom** a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.

4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:** *(ha nincs ilyen, kérjük ezt a részt áthúzni)*

.....
.....

(Kérjük, itt jelölje meg, mibe nem egyezik bele akkor sem, ha annak elmaradása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)

5. **Tudomásul veszem**, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli. **Tudomásul veszem**, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

6. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körültekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

7. **Beleegyezem** abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetszövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizték.

8. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

9. **Tudomásomra hozták**, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.

10. **Kijelentem**, hogy a javasolt gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődéséről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

11. **Kijelentem** továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírásommal is megerősítem.

**A beavatkozással kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.
A beavatkozással kapcsolatos betegtájékoztatót elolvastam.**

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli betegtájékoztató tartalmát **megértettem és elfogadom, ezek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.**

Kelt: Budapest,
a beteg vagy képviselője aláírása

Név és lakcím (ha nem a beteg, hanem a képviselője írta alá):

.....

Tanúk (*név/aláírás/lakcím*) – ha szóban vagy más módon tette a nyilatkozatot a beteg:

1.

.....
.....

2.

.....
.....

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg jelenlegi egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes. A képviselője nyilatkozatának beszerzése olyan késedelemmel jár, mely a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi beavatkozás elvégzése szükséges.

Kelt: Budapest,

.....
beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
osztály-/ügyeletvezető orvos
aláírása, pecsétje