

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

**BARTHOLIN-MIRIGY BETEGSÉGEI ÉS MŰTÉTI
MEGOLDÁSUK**

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.

I. Beavatkozás megnevezése:

A Bartholin-mirigy mindkét oldalon a nagyajkak alsó harmadában elhelyezkedő váladékot termelő szerv. A kivezető cső elzáródás esetén folyadékgyülemet tartalmazó fájdalomtalan duzzanat (Bartholin-mirigy ciszta - tömlő), ennek befertőződése esetén fájdalmas genny gyülem (Bartholinmirigy tályog) alakul ki. Az ezt megszüntető műti beavatkozás neve marsupialisatio.

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A műtétet a beteg igényét és a műtéti megterhelést is figyelembe véve rövid idejű intravénás altatásban, vagy helyi érzéstelenítésben végezhetjük. Megfelelően végzett előkészítés (nyugtató tableta, a húgyhólyag kiürítése) után Bartholin-mirigy tömlő esetén a tömlőt tokjával együtt kihámozzuk, majd a helyén kialakult üreget varratokkal megszüntetjük, és a bőrt egyesítjük. Szükség esetén csövet helyezünk be a váladék távozásának biztosítására. A Bartholin-mirigy fertőzése következtében kialakult tályogot (Bartholin-abscessus) szikével élesen megnyitjuk, tartalmát lebocsátjuk, a tályogot fertőtlenítő oldattal átöblítjük, majd a sebszéleket varrófonállal kifordítjuk, megakadályozva ezzel a tályogüreg túl korai bezáródását. A váladék levezetése céljából az üreget géz-csíkkal drenáljuk, amit a következő napon távolítunk el. Az eltávolított szöveteket szövettani vizsgálatra küldjük.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A Bartholin-cysta, illetve –tályog a műtéti beavatkozás segítségével jobb kozmetikai eredménnyel gyógyul, hiszen a metszés a belül, a hymenalis gyűrű felőli részen történik. A varratok, amelyek nyitva tartják a korábban zárt üreget, csökkentik az esélyt a cysta, illetve tályog kiújulására.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázatai:

A fertőtlenítéshez, vagy az érzéstelenítéshez használt anyagokkal szemben túlérzékenységi reakció léphet fel, ami szakszerű ellátással kezelhető. Ritkán utóvérzés, gyulladás alakulhat ki, ami ismételt műtéttel, illetve antibiotikum kezeléssel gyógyítható.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

Később spontán, műtéti beavatkozás nélkül is kiürülhet a cysta, tályog tartalma.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A műtét elmaradása a panaszok fennmaradását illetve a kórfolyamat súlyosbodását okozza.

Láz, további fertőzések és szexuális problémák forrása lehet.

VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás során:

Vérzéscsillapítás

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

A megoldás a letokolt képlet tartalmának lebocsátása, kiürítése, melynek legeredményesebb módszere a marsupialisatio. A tú segítségével történő kiürítés a cysta, illetve tályog újratelítődése miatt nem ajánlott.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

A nagyajak belső oldalán ejtett metszés jó kozmetikai eredménnyel gyógyul, a varratok meggátolják a sebszélek összefekvésését, ezáltal az üreg tartalmának újratelítődését.

X. Beavatkozást követő életmód:

A Bartholin-mirigy műtétje után az átlagos gyógyulási idő 2-3 hét.

Ez alatt az idő alatt tampon használata és a szexuális élet nem ajánlott. Varratok szedéséről a kezelőorvos rendelkezik.

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 kockázatai 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, melymegítélesem 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 megfelelő!]*

- **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 alternatívgyógmódok 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 nemlátható 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 Önszáma aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttesjelenlétében 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 döntsék 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 nevezettbeavatkozás 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