

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

**TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS (INTERRUPTIO)**

**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:**

- Terhességmegszakítás (latinul interruptio)
- A terhesség orvosi, vagy nem orvosi (szociális) javallat alapján történő befejezése a terhesség 24. hetéig (szociális javallat esetén a terhesség 12. hetéig).

**II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:**

- A terhesség 12. hetéig történő terhességmegszakítás a méhnyak tágításából, majd a méh tartalmának vákum kiszívás (aspiráció), vagy curette kanál segítségével történő kiürítéséből áll. Terhességmegszakítás előtt még nem szült terhesek esetében vagy előzetes császármetszés után a méhnyak gyógyszeres, vagy lamináriával történő előtágítása történik.
- Beavatkozás technikája: a műtét végezhető a beteg kérése szerint rövid idejű vénás altatásban, vagy helyi érzéstelenítésben. A méhnyak előtágítását követően néhány órával kerül sor magára a műtetre, amikor is a hüvelyt fertőtlenítő oldattal kitöröljük, a méhürt megszondázzuk, a méhnyakat fémpálcákkal feltágítjuk, majd vákuum kiszívást (aspirációt) végzünk. Ezt követően a méhürt erre a célra rendszeresített, ún. curette kanállal ellenőrizzük.

**III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:**

- A terhesség orvosi vagy szociális javallat alapján történő befejezése

**IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:**

- A fertőtlenítéshez, vagy az érzéstelenítéshez használt anyagokkal szemben túlérzékenységi reakció léphet fel.
- A műtét során igen ritkán a méhfalon áthatoló sérülés keletkezhet. Ez kórházi megfigyelést, antibiotikumos kezelést, szükség esetén hastükrözést (laparoszkópia), vagy hasi műtétet vonhat maga után.
- Ritka esetben, amennyiben a vérzés más módszerrel nem állítható el, a méh eltávolítására is sor kerülhet.
- Ritkán a terhességmegszakítás sikertelen, ezért elengedhetetlen a kontroll vizsgálat 2 héttel a műtétet követően.
- A műtétet követően gyulladás alakulhat ki mely gyógyszeres kezeléssel általában megszüntethető.

- Esetlegesen visszamaradt magzati szövetelemek alhasi görcsökkel társult vérzést okozhatnak, mely ismételt műtéti beavatkozást vonhat maga után.
- Késői szövődményként a méhüreg összenövése miatt meddőség alakulhat ki.
- Gyógyszer bevételekor félrenyelés, fuldoklás, sürgős műszeres gégeszeti beavatkozás válhat szükségessé.
- Ritkán allergiás reakciók, bőrjelenségek jelentkezhetnek.
- Izomba adott injekciók, infúziós kezelés: véna gyulladása, vérrögösödése, tartós gyulladás jelentkezhet. Az infúziós folyadék a véna sérülése során a szövetek közé kerülhet, gyulladást, elhalást, hegesedést, a végtag tartás vagy maradandó károsodását okozhatja.
- Vérátömlesztés: súlyos allergiás reakciót, életveszélyes keringés és veseműködés romlást, nehezen vagy egyáltalán nem gyógyítható vírusfertőzést (pl. HIV, krónikus májgyulladások) okozhat.
- Nagyon ritkán előfordulhat, hogy a műtét elvégzését követően a terhesség nem szűnik meg, tovább növekszik. Ebben az esetben gyakoribb a szövődményes terhesség, mely vetéléssel, koraszüléssel illetve szövődményes szüléssel is végződhet. A visszamaradt terhesség kizárása érdekében a műtétet követően kb. 2 héttel hüvelyi vagy hasi ultrahang vizsgálattal egybekötött kontroll vizsgálaton kötelező megjelenni kezelőorvosánál vagy a területileg illetékes nőgyógyászati szakrendelésen.
- 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!

**V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:**

- Nem orvosi (szociális) javallat esetén egészséges magzat fejlődhet, születhet.

**VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:**

- A terhesség kiviselése, egy vagy több gyermek megszületése

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

- A műtét során igen ritkán a méhfalon áthatoló sérülés keletkezhet. Ez kórházi megfigyelést, antibiotikus kezelést, szükség esetén hastükrözést (laparoscópia), vagy hasi műtétet vonhat maga után.
- Ritka esetben, amennyiben a vérzés más módszerrel nem állítható el, a méh eltávolítására is sor kerülhet.
- Vérátömlesztés: súlyos allergiás reakciót, életveszélyes keringés és veseműködés romlást, nehezen vagy egyáltalán nem gyógyítható vírusfertőzést (pl. HIV, krónikus májgyulladások) okozhat.

**VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

- 9 mm-es ülőmagasságig gyógyszeres terhességmegszakításra magánintézményben Magyarországon is van lehetőség

**IX. A beavatkozás várható kimenetele:**

- Nagyon kicsi a valószínűsége annak, hogy a terhesség érintetlen marad és tovább fejlődik. „Sikeres” műtét esetén a terhesség megszakad.

**X. Beavatkozást követő életmód:**

- Rh-negatív (immunválaszt kiváltó, genetikailag meghatározott vércsoport antigén hiánya) anya magzata esetén humán Rh-immunglobulin adására van szükség, ezzel későbbi terhességeknél fellépő vércsoport összeférhetetlenség megelőzhető.
- A vérzés sebészi terhességmegszakítás esetén 5 napig, gyógyszeres terhességmegszakítás esetén tovább is folytatódhat. Ezen túl a fertőzések megelőzésére szükség lehet antibiotikus kezelésre, valamint kerülendő a nemi érintkezés és a tamponhasználat.

**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 **egyénesített, 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, melymegítésem 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 gyógymód 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 alternatívgyógymódok 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 Önszámára 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, szövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizzék.

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 szövődményeiről 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 aláírással 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