

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

MELLSŐ – HÁTSÓ HÜVELYPLASZTIKA

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:

MELLSŐ – HÁTSÓ HÜVELYPLASZTIKA

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A műtét elvégezhető a beteg igényének megfelelően helyi érzéstelenítésben, gerincvelői (spinális) érzéstelenítésben vagy rövid ideig tartó vénás és maszkos altatásban. A beteget a hüvelyi műtéteknél szokásos előkészítés - nyugtató tabletta bevétele, a hólyag kiürítése - után a műtőasztalra kőmetsző helyzetbe fektetjük. Intravénás rövid ideig tartó altatás alkalmazása esetén annak bekövetkezte után, míg helyi érzéstelenítés esetén, ezt megelőzően a hüvelyt fertőtlenítő eljárások alkalmazását követően feltárjuk. Helyi érzéstelenítés esetén a feltárást követően alkalmazzuk az eljárást. Az így előkészített érzéstelen műtési területen szikével a húgycső alatt hosszanti metszést ejtünk, a süllyedésnek megfelelő méretű hüvelyfalat preparálunk fel, majd a húgycsövet öltéssel megemelve megtámasztjuk, a hólyagot felpreparáljuk, öltéssel buktatjuk, Megfelelő méretű hüvelyfalat távolítunk el. A sebzést sebési fonállal egyesítjük, így a mellső hüvelyfali süllyedést megszüntetjük. A hátsó hüvelyfalból rombusz alakot metszünk ki, amennyiben végbélsérvet is észlelünk, azt felpreparáljuk, öltéssel buktatjuk. A hüvelyseb széleit összevarrjuk. Tekintettel arra, hogy a hátsó hüvelyfali süllyedés műtési megoldásának tartósságához a kismencedencei izomzat megerősítése is szerepet játszik, így a végbélemelő izomnyaláb öltéssel történő megerősítését is elvégezhetjük (levator öltés).

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A mellső hüvelyfali plastica műtési javallatát a hüvelyfal, húgyhólyag süllyedéses betegségei, és / vagy a vizelettartási nehézségek képezik. A hátsó hüvelyfali plastica a szülés után kialakuló tág, cohabitációs kényelmetlenséget okozó hüvely, végbélsér, valamint rosszul, vagy hegesen gyógyult régi gátrepedés után lehet indokolt. A plasticai műtétek célja a normál anatómiai viszonyok helyreállítása révén a meglévő panaszok megszüntetése, illetve csökkentése.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

A fertőtlenítéshez, altatáshoz használt anyagokkal szemben túlérzékenységi reakció léphet fel. A plasticai műtétet követően átmeneti fájdalom, vizelési nehézség (képtelenség), utóvérzés, vagy fertőzés jelentkezhetsz. Vérzés esetén a vérzés csillapítására

ismételt öltést helyezünk be, súlyos esetben vérátömlesztésre lehet szükség. A fertőzés kezelésére antibiotikum, illetve hüvelykúp adása jöhet szóba. A preparálás során sérülhet a húgycső, húgyhólyag, végbél. A sérülések ellátása újabb műtétet igényelhet. A jól kivitelezett plastikai műtét ellenére az életkor előre haladtával, a szövetek öregedése miatt a már megszűnt panaszok kiújulhatnak. A műtéti szövődmények ritkán súlyos, tartós egészségkárosodáshoz, esetenként halálhoz vezethetnek! Az Egészségügyi Minisztérium Sebészeti Szakmai Kollégium szakmai protokollja szerint intézményünk tájékoztatja, hogy a legnagyobb gondosság mellett is, bizonyos körülmények között előfordulhat idegentest véletlen visszahagyása.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

A potenciális műtéti szövődmények kockázatának elmaradása.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A hüvely / hólyagsüllyedés fokozódhat, romolhat az életminőség, teljes vizelettartási képtelenség alakulhat ki

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

A szövődmények részben kifejtésre kerültek az esetlegesen szükséges plusz beavatkozások.

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Egyes vizelettartási problémák esetében szóba jöhet a hólyagnyak / húgycső szalaggal történő alátámasztása, mely műtét elvégzésére nem minden intézményben van lehetőség.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

A hüvelyfalak közel eredeti helyzetének helyreállítása, valamint a vizelettartási problémák megoldása. A műtét sikeres volta nem jelenti feltétlenül a vizelettartási képesség teljes, és végleges helyreállítását.

X. Beavatkozást követő életmód:

Kímélő életmód: kerülje a fizikailag megerőltető tevékenységeket, ülőfürdőt, házaséletet. A seb tisztán tartása rendkívül fontos. Panaszok esetén jelentkezzen osztályunkon.

II. BELEEGYEZŐ 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**esített, 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 gyógy mód 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 gyógy módok 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 körütekintés 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 szövetszövetmegváltozásokról 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 beteg tájékoztatót elolvastam.

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli beteg tájékoztató 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