

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

S Z Ü L É S (P A R T U S)

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:

Szülés hüvelyi úton (latinul: Partus per vias naturales)

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A szülés folyamata három módon indulhat meg: a magzatburok megrepedése folytán elkezd folyni a magzatvíz, vagy rendszeres méhtevékenység, fájások jelentkeznek, esetleg magzati- vagy anyai ok miatt a szülés megindítására van szükség. A vajúdás során az elől fekvő rész, mely leggyakrabban a magzati koponya, ritkábban a magzati far, a fájások hatására a méhszájat kitágítja, ezt követően áthalad az anyai medencén, majd megszületik a magzat. A beavatkozás célja a magzat világra segítése. A szülést vezető orvos gátmetszést alkalmazhat, hogy ezzel megóvja a kismama hüvely és végbélnyílás közötti szakaszának berepedését. A vágás közvetlenül a kitolás előtt történik és rendszerint felszívódó varrattal történik a sebzárás. Sürgős esetben, anyai és/vagy magzati indikáció alapján szülést befejező műtetre (vákuum extrakció) is sor kerülhet, mely a magzati koponya mielőbbi megszületését segíti elő, lerövidítve a kitolási szakot.

III. A beavatkozás elvégzésének célja:

A beavatkozás célja a magzat világra segítése.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

Anyai:

- nem kielégítő fájástevékenység esetén szükség lehet a fájások erősítésére infúzió segítségével
- sérülhet a méh-, a hüvely-, a gát-, a végbél-, a húgyhólyag
- amennyiben a méhlepény spontán nem születik meg, szükség lehet annak leválasztására
- a szülés után a méh ellazulhat, ezáltal fokozott vérzés alakulhat ki, mely vérátömlesztést tehet szükségessé
- amennyiben a vérzést más módon nem lehet csökkenteni, szükség lehet a méh eltávolítására
- az alkalmazott gyógyszerekkel szemben túlérzékenységi reakció léphet fel

- a vajúadás során kialakulhatnak olyan állapotok, melyek a szülés hüvelyi úton történő befejezése esetén az anyai életet veszélyeztethetik, vagy maradandó egészségkárosodást okozhatnak, ezért szükség lehet császármetszés elvégzésére.
- kialakulhat méhgyulladás, a gátmetszés sebének gyulladása, szétválása.

Magzati:

- oxigén hiányos állapot, sérülés (leggyakrabban a felső végtagokat mozgató ideg sérülése).
- A vajúadás során kialakulhatnak olyan állapotok, melyek a szülés hüvelyi úton történő befejezése esetén a magzati életet veszélyeztethetik, vagy maradandó egészségkárosodást okozhatnak, ezért szükség lehet császármetszés elvégzésére.

A szülés során fellépő szövődmények súlyos tartós anyai és/vagy magzati egészségkárosodáshoz, esetenként halálhoz vezethetnek!

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Amennyiben anyai, magzati, esetleg mindkét okból a szülés megindítása orvosilag indokolt, ennek elmaradása esetén az anya, a magzat(ok) esetleg mindkettőjük életét veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodást okozó állapot alakulhat ki.

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

- perifériás vénabiztosítás, infúziós kezelés
- fájáserősítés oxytocinos infúzió segítségével
- epiduralis analgesia (EDA) bekötése
- burokrepesztés (amniotomia)
- szülésindítás esetén: prosztaglandin tartalmú gyógyszer intracervikális felhelyezése / ballon cathter intracervikális használata
- komoly vérvesztés esetén: vörösvértest concentratum ill. friss fagyasztott plasma (FFP) adása

VII. Beavatkozást követően fellépő szövődmények:

Hüvelyi vérzés, vizeletürítéssel kapcsolatos problémák, széklethabitus változás, hasi fájdalom, hüvelyi-gáttáji fájdalom, méhgyulladás, emlőgyulladás, gyermekágyi psychosis. A gyermekágyas időszak 6 hétig tart.

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