

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Szakaszos méhkaparás	EHB 7-09/00-43 Változat: 1 Hatálybalépés: 2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
 Tagkórház megnevezése:
 Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE: NEAK KÓD:
 Osztályvezető főorvos:

Beteg neve: Születési név: Születési hely, idő: Lakcím:	TAJ szám: Anyja neve:
--	--

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

.....

Rokonsági foka:

☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában ☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes ☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában ☐ bb) gyermeke, ennek hiányában ☐ bc) szülője, ennek hiányában ☐ bd) testvére, ennek hiányában ☐ be) nagyszülője, ennek hiányában ☐ bf) unokája	☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes ☐ ca) gyermeke, ennek hiányában ☐ cb) szülője, ennek hiányában ☐ cc) testvére, ennek hiányában ☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában ☐ ce) unokája
---	--

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	

- 1./ **A betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Kóros nőgyógyászati vérzés.
- 2./ **A beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Fractionalt curettage (fr. cu, szakaszos méhkaparás).
 Méhszájtágítás, méhnyak, méhüreg szakaszos átkaparása, eltávolított anyag szövettani feldolgozása.
- 3./ **Tájékoztatást végző orvos: Dr.**
 Beavatkozást végző orvos: Dr.
- 4./ **A beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

5./ A javasolt beavatkozás előnye és kockázatai, illetve lehetséges szövődményei:

- A. A szövettani eredmény birtokában a vérzészavar adekvát kezelési módjának megválasztása.
- B. A méh sérülése, átfúródása, felszálló kismedencei fertőzés veszélye.
- C. Vérzés, gyulladás, sérülés.
- D. Értékelésre elégtelen anyagvétele.

Kiegészítés:

- Az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- Személyre szabott kockázatok:

6./ A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

- A kóros méhüri vérzés elhúzódása, következményes anaemia kialakulása.
- Konkrét diagnózis hiányában (szövettani eredmény hiánya) az adekvát kezelési mód nem megfelelő kiválasztása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- Beavatkozás elhagyása.
- További konzervatív (gyógyszeres) kezelés.
- TCEA (transcervicalis endometrium ablatio) végzése.
- Endometrium leszívás (pipelle - vacuum aspiráció).

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A szakaszos méhkaparás a rendellenes méhüregi vérzés okának tisztázására és azok megszüntetésére szolgál, aminek oka hormonzavar, gyulladás, valamint jó- és rosszindulatú szövetburjánzás lehet. Az eltávolított szövetminta mikroszkópos vizsgálata lényeges támpontot ad arra vonatkozólag, hogy egy ártalmatlan zavar vagy kezelést igénylő elváltozás áll-e fenn. A vizsgálatok alapján tudjuk eldönteni, hogy milyen további kezelés szükséges.

A műtét menete: a műtétet általában vénás altatásban végezzük, amennyiben altatni nem lehet, helyi érzéstelenítésben is elvégezhető. A méhnyakat többnyire műszeresen kitágítjuk, és a méhnyálkahártyát megfelelő eszközzel lekaparjuk két részletben: először a méhnyak területét, másodszor a méhüreg területét.

A méhkaparásnál a legnagyobb gondosság mellett is előfordulhat, hogy a méhfalat vékony műszerrel akaratlanul átszúrjuk. Ez a szövődmény többnyire veszélytelen, és nem mindig igényel további beavatkozást. Nagyobb sérülés, vagy hasüri vérzés esetén hasi tükrözés, vagy hasműtét szükséges. Gulladás a méhben és a petevezetékben a beavatkozás után előfordulhat. Ezek kezelést igényelnek, és rendszerint jól gyógyulnak.

Az eltávolított szövet szövettani vizsgálati eredményéről a műtét után 2 héttel tájékoztatjuk a zárójelentésben meghatározott helyen és időben.

A műtét után 2 hétig hüvelyöblítés, erős testi megterhelés és házasélet nem javasolt. Tartózkodjon az ülőfürdőtől!

Négy hét múlva nőgyógyászati kontroll.

Intézményünk oktató kórház, ezért a gyógykezelés folyamatában részt vehetnek tanuló –ápolók, asszisztensek, orvostanhallgatók, más intézmények orvosai, szakdolgozói!

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztól mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

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

Figyelmeztetés!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

.....

.....

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....
.....

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségemről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

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

Dátum:

.....

beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház 4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700
--

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.