

|                                                                                   |                                                                             |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|  | <b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT</b><br><b>Hüvelyfali plasztika</b> | <b>EHB 7-09/00-43</b><br>Változat: 1<br>Hatálybalépés:<br>2023-04-28 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

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

**OSZTALY NEVE:**

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

**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  
☐ cc) 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 <sup>1</sup> |
| <b>Ha igen:</b>                                                                                                                                                                                                                           |                         |
| Támogató neve:                                                                                                                                                                                                                            | .....                   |
| Címe:                                                                                                                                                                                                                                     | .....                   |
| Telefonszáma:                                                                                                                                                                                                                             | .....                   |

1./ **A betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Hólyagsérv, végbélsérv és/vagy vizelettartási nehézség.

2./ **A beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Plastica anterior et posterior parietalis vaginalis (Mellső-hátsó hüvelyfali plasztika)

A sérv műtéti feltárása, elbuktatása, a sebszélek zárása (a sérv nagyságától, súlyosságától függően a megfelelő műtétechnikai eljárás alkalmazása).

3./ **Tájékoztatást végző orvos: Dr.**

**Beavatkozást végző orvos: Dr.**

4./ **A beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendó.

### **5./ A javasolt beavatkozás előnye és kockázata, illetve lehetséges szövődményei:**

- A megsüllyedt hólyaggal és/vagy hólyagnyak, húgycső eredeti anatómiai helyzetének helyreállításával az vizelet tartási panaszok megszüntetése, a húgycső zárófunkciójának helyreállítása. A végbélsérv buktatásával annak megszüntetése, az eredeti anatómiai helyzet helyreállítása.
- Műtét sikertelensége esetén incontinens panaszok kiújulása, gyulladásos, vérzéses szövődmények, ritkán a hólyag-, illetve végbélsérv kiújulása
- Hólyag-, húgycső-sérülés, végbélsérülés, tartós katéter viselés; a műtét eredményessége: azaz a vizelettartási nehézség tartós gyógyulási esélye: 60-80%.
- Vérömleny a műtési területben.

### **Kiegészítés:**

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

### **6./ A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:**

- A. Incontinens panaszok fokozódása, tartós vizelettartási képtelenség kialakulása, húgyuti infekciók gyakoribbá válása.
- B. Hólyag-, végbélsérv kifejezettebbé válása, cohabitatio panaszok.

### **7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

- Beavatkozás elhagyása.
- Gyógyszeres kezelés.
- Speciális torna, incontinencia betét viselése.
- Egyéb incontinencia javító műtési eljárások (szalag, vagy háló beültetés).

### **8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

#### **Műtét leírása:**

Előzetes belgyógyászati, altatóorvosi és - szükség szerinti – urológiai kivizsgálást követően vénás altatásban vagy gerinc (lumbalis) érzéstelenítésben a megnyúlt hüvelyfal, hüvelyfali sérv eltávolítása, elbuktatása. Ezen sérvek előfordulhatnak a húgyhólyag alatt, az első hüvelyfalon és a végbél felől, a hátsó hüvelyfalon.

#### **Kivizsgálás hüvelyfali plasztika előtt:**

Szükséges laboratóriumi, altatóorvosi kivizsgálás. Ha a hüvelyfali sérv vizelési panaszokat is okoz, szükséges urológiai konzílium is, illetve osztályunkon működő Incontinencia ambulancián történő kivizsgálás is.

#### **A műtét feltétele:**

Ha van vizelési panasz, annak eredetének tisztázása urodinamiás vizsgálattal, illetve urológiai kivizsgálással történik. Negatív vizelet és megfelelő, kórokozómentes hüvelyi tisztaság elengedhetetlen.

#### **Kockázatok:**

A műtét eredményessége nagyban függ a szövetek gyógyulási hajlamától, ezért a műtét eredményessége körülbelül 60 – 80 %-os. A beavatkozás sikerét és szövődménymentességét előre egy orvos sem garantálhatja. Mivel a műtési terület igen közel helyezkedik el a húgyhólyaghoz és a húgycsőhöz – mellső plasztika esetén – illetve a végbélhez – hátsó plasztika esetén – ezen szervek sérülése elvétel előfordulhat.

#### **Elkerülhetetlen következmények:**

A mellső plasztika után a húgyhólyag tehermentesítésére és kímélésére állandó katéter felhelyezése történik, 4 – 5 napig. Ennek ellenére időleges vizelési nehézségek felléphetnek, ami a katéter ismételt visszahelyezésével megoldható.

#### **Lehetséges szövődmények:**

Minden műtési beavatkozás lehetséges szövődménye a vérzés, gyulladás, sérülések, jelen esetben még a sérv kiújulása, a hólyag, húgycső, végbél sérülése, illetve a behelyezett varratok elégtelensége.

#### **Kontroll:**

A műtétet követően panaszmentes esetben 6 hét után célszerű meggyőződni a gyógyulás folyamatáról.

#### **Utógondozás:**

Speciális szakrendelésen – inkontinencia szakrendelés – történik, illetve a kezelőorvossal megbeszélve. Fontos a műtét utáni időszakban a gátizmok speciális tornával történő megerősítése, illetve speciális nehéz súlyok emelése.

**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 alakulásaért) 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 megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől 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

visszaautasítására 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 előtt<sup>2</sup>:

.....  
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 visszaautasítás 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 visszaautasítás jogát gyakorolja:**

---

<sup>2</sup> 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.

|              |  |
|--------------|--|
| 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 előtt<sup>3</sup>:

.....  
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

<sup>3</sup> 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.