

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Incontinencia javító műtéti eljárások, szalag-, illetve háló beültetéssel	EHB 7-09/00-43 Változat: 1 Hatálybalépés: 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 ¹
Ha igen:	
Támogató neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	

- 1./ A betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Hólyagsérv, akaratlan vizeletvesztés.
- 2./ A beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Mellső hüvelyfali plastica, hüvelyi szalag és/vagy háló beültetéssel.

Hólyagsérv műtéti feltárása, szövetek közti preparálás után szövetbarát műanyagháló, vagy szalag beültetése, a sebszélek zárása.
- 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 megsüllyedt hólyagfal és/vagy hólyagnyak, húgycső eredeti anatómiai helyzetének helyreállításával az vizelet tartási panaszok megszüntetése, a húgycső zárófunkciójának helyreállítása.
- Műtét sikertelensége esetén incontinens panaszok kiújulása, háló vagy szalag kilökődése, gyulladásos, vérzéses szövődmények. A fenti szövetbarát anyagok fölött a hüvelyfal elhalása.
- Hólyag-, húgycső-sérülés, tartós katéter viselés; a műtét eredményessége: azaz a vizelettartási nehézség tartós gyógyulási esélye: 80-90%.

Kiegészítés:

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

6./ A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

- Vizelet tartási panaszok fokozódása, tartós vizelettartási képtelenség kialakulása, húgyúti infekciók gyakoribbá válása.
- Hólyagsérv kifejezettebbé válása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- Beavatkozás elhagyása.
- Gyógyszeres kezelés.
- Speciális torna, incontinentia betét viselése.
- Más hüvelyplasztikai műtét végzése.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A különböző vizelési, illetve a vizeletürítéssel járó panaszok az egyik leggyakrabban előforduló problémát jelentik a mindennapi orvosi gyakorlatban.

A vizelési panaszok közül kiemelt jelentőséggel bír a nőgyógyász számára a vizelet elcseppenése (incontinentia). Ez gyakran középkorú vagy idősebb, többször szült nőbetegek panasza. Mivel a szülésszám emelkedésével kapcsolatban előfordulási gyakorisága nő, nem véletlen, hogy ilyen jellegű panaszaival a beteg sokszor fordul nőgyógyászhoz.

Egyik formája:

Stressz-incontinentia: a vizelet erőlködéskor, járáskor, köhögésre-tüsszentésre cseppen el. Megoldása műtéti úton történik.

A stressz-incontinentia során létrejövő vizeletvesztés műtéti megoldására leggyakrabban **mellsőfali hüvelyplasztikai műtétet** ajánlunk. A műtét előtt természetesen részletes kivizsgálás történik. Néhány esetben - még a kórházi felvétel előtt - szükség lehet hólyagtükrözésre, illetőleg hólyagfeltöltéses vizsgálatra is.

A műtétet intravénás altatásban vagy regionalis vezetéssel fájdalomcsillapításban végezzük, melyet helyi érzéstelenítéssel is kiegészítünk. A műtét során a hüvely mellső falán hosszanti metszést ejtünk, a hólyagsérvet - amennyiben van - kiproparáljuk, majd a hólyagnyakra megfelelően erős öltéseket helyezünk fel, ami biztosítja a vizeletcsepegés megszűnését.

Új módszer a **TVT szalag plasztika**, mely a húgycső két oldalán vezetett szalagot a hasfalhoz rögzíti úgy, hogy hasprés hatására a vizeletürítést a szalag feszülése akadályozza meg. **Más eljárás** során a szalagot a csontos kismencedefal anatómiai képletén át (**obturator**) vezetjük a húgycső alá, mintegy hidat képezve számára. A hólyagsérv alá fektetett **protézisháló beültetésével** fokozhatjuk a műtét eredményességét, a tartós állapotjavulást; egyidejűleg a végbélsérvet is megoperálhatjuk.

A katétert általában a műtétet követő 1-4. napon távolítjuk el, a hazamenetel általában a 4-5. napon várható, varratszedés után.

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 kézzel 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 megtévesztéstől, 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 kézzel írt 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:

.....
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:	

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....

.....

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

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.