

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Hasi kiterjesztett méheltávolítás a méhtest rosszindulatú daganata esetén (lymphadenectomia)	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 ☐ 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): A méhtest rosszindulatú daganata.
- 2./ **A beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Hasi kiterjesztett méheltávolítás, a kismedencei nyirokcsomók eltávolításával.
 A daganatos méh teljes eltávolítása petefészkekkel együtt, lehetőség és szükség szerint egyidejű kismedencei nyirokcsomók eltávolításával.
- 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:

- Az eltávolított daganatos méh, a vele együtt eltávolított petevezetők és petefészek, a szükség szerint egyidejűleg eltávolított kismedencei nyirokcsomók szövettani feldolgozása során nyert eredmény birtokában a rosszindulatú folyamat stádiuma (előrehaladottsági foka) meghatározható, így a további kezelési lehetőségek meghatározhatók.
- Belső sérülés, érsérülés, környező szervek sérülése, fiatalabb életkorban történő kiterjesztett műtét esetén petefészek hormonhiányos állapot kialakulása előfordulhat.
- Vérzés, környező szervek sérülése, gyulladás, bélműködés zavar, hegészétválás, sebgyógyulási zavar, thromboembólia, alsó végtagok vizenyős duzzanata, vizelési rendellenesség, hasfali vérömleny.

Kiegészítés:

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

6./ A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

- A méh rosszindulatú elváltozásának progrediálása, előrehaladott stádium kialakulása, esetlegesen inoperabilis állapot kialakulása.
- Későbbiekben szükség esetén nem megfelelő körülmények mellett hasi feltáró műtét (exploratív laparotomia) végzése.
- Inoperabilis állapot esetén csak sugárkezelés és/vagy kemoterápia alkalmazása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- Beavatkozás elhagyása
- Teljes kombinált sugárkezelés
- Egyszerű méh-és petefészek eltávolítás és/vagy sugárkezelés / kemoterápia

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A hasfalra ejtett hosszanti metszésből eltávolítjuk a méhet; a méh körüli kötőszöveti rendszert a medencefalig - kiegészítve a húgyvezetéseket -, a húgyvezeték kiegészítése és a hólyag letolása után eltávolítjuk a hüvely felső részét, valamint elvégezzük a kismedencei nyirokcsomók eltávolítását. A petefészek eltávolítása a betegség szövettani típusától, a beteg életkorától függ. A műtét után 1 hétig hólyagkatétert alkalmazunk. A hasüregből a folyadékot csövekkel távolítjuk el, valamint húgyhólyagba katétert helyezünk fel. A műtétet kombinált lélegeztetési altatással, valamint gerinc körüli érzéstelenítéssel kombináltan végezzük (Erről az altatóorvos tájékoztatja Önt).

Elkerülhetetlen következmények:

A műtétnek meddőség a következménye. Menstruáció többé nem jelentkezik. Nem vezet azonban súlygyarapodáshoz és hormonzavarhoz, főleg ha legalább egy petefészek visszamarad, és az a felhasba kerül felvarrásra, vagy petefészekhormon-kezelést kap a beteg.

Lehetséges szövődmények:

A beavatkozás sikerét és abszolút szövődménymentességét egy orvos sem garantálhatja. Az orvosi beavatkozások általános veszélyei, mint vérzés, fertőzés, bélrenyheség, thrombosis, embolia ritkán fordulnak elő. Az Ön gyógyulása érdekében végzett, a szomszédos szervekből történő szöveteltávolítás során, a legnagyobb gondosság ellenére is előfordulhatnak vérzések, sérülések és károsodások a környező szövetekben és szervekben. Ezek érinthetik a beleket, a hólyagot, a húgyutakat, nagyereket, és az idegeket. Az ilyen ritka szövődményeket többnyire műtét alatt felismerjük, és azonnal orvosoljuk. Nem ritkán a műtéttel összefüggésben, hólyaghurut fordulhat elő. Néhány esetben további ténykedések, akár műtétek is szükségessé válhatnak, például sipoly (fistula) keletkezésekor (pl. húgyúti-hüvely fistula). Mivel a hólyag és az alsó húgyutak közvetlen kapcsolatban vannak egymással, előfordulhat kezelést igénylő vizelési nehézség, vagy akaratlan vizeletfolyás is. Nincs kizárva, hogy a műtét alatt, vagy utána transfúzió (vérátömlesztés) adása szükséges. A vérátömlesztés viszonylag ritka szövődményei nincsenek arányban az életfontosságú vérpótlás szükségességével. A kiterjesztett műtéti területen utóvérzés vagy a nyirokfolyadék felgyülemzése következhet be, ami műtéti ellátást tehet szükségessé.

A műtét után tájékoztatjuk Önt a munkaképtelenség tartamáról, valamint a következő ellenőrző vizsgálatokról. Az első hetekben a testi kímélet fontos. Ha vizelési fájdalmak jelentkeznek, ha lábai megduzzadnak, vagy a bőrsebzés elszíneződik vagy megduzzad, feltétlenül jelentkezzen kezelőorvosánál! Szövettani típustól függően szükség lehet műtét utáni sugárkezelésre, valamint gyógyszeres kemoterápiára. A sugár-, és kemoterápiás kezelés hatásáról, szövődményeiről az onkoradiológus tájékoztatja Önt. A teljes kezelés befejezése után házasságát is zavartalanul folytathatja, és teljes életet élhet! Műtét és kezelés után rendszeres nőgyógyászati ellenőrzésre lesz szüksége.

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

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 gyogyeredmény 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 kényszertől 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 cselekvőképés 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 cselekvőképés 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

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.

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.