

|                                                                                   |                                                                  |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|  | <b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT</b><br><b>Conisatio</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): Nőgyógyászati szűrővizsgálat során kiszűrt, méhnyakrákot megelőző elváltozás gyanúja (kolposzkópos és cytológiai atypia)

**2./ A beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Conisatio (méhszáj műtét) + Curettage (méhkaparás)

Kúp alakú szövetrész eltávolítása a méhnyakból, és a méhüreg átkaparása, az eltávolított szövet szövettani vizsgálata.

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

**Beavatkozást végző orvos: Dr.**

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

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

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

- A kolposzkópos és/vagy cytologiai eltérés alapján felismert kóros hámelváltozás illetve a külső méhszáj átmeneti zónájának éppen való eltávolításával a rákmegelőző állapot eltávolítása, ezzel későbbi kóros, rosszindulatú elváltozás kialakulásának megelőzése.
- Amennyiben a kóros hámterület eltávolítása nem az ép szövetrésszel együtt történik (a resectio vonalban kóros hám látható), úgy ismételt, kiterjesztettebb méhszájműtét (reconisatio, szükség esetén collum amputatio) végzése jön szóba.
- A méhnyak következményes szűkülete, hegesedése, elzáródása előfordulhat, mely későbbiekben műtétes méhszájnyílás megnyitást, illetve méhnyak tágítást tesz szükségessé.
- Vérzés, gyulladás, sérülés, méhfal átfürödése (perforatio).

### **Kiegészítés:**

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

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

A szűrővizsgálatok alkalmával felismert kóros hámelváltozás, rákmegelőző állapot visszahagyásával hónapok-évek elteltével a méhnyak rákos állapotának kialakulása.

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

- Beavatkozás elhagyása.
- Elektromos késsel végzett műtét.
- Elektromos hurokkal végzett műtét (Loop /kacs/ - conisatio).

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

A méhszájon sejtelváltozások találhatók. Az elváltozás formájának és kiterjedésének megítélése érdekében további beavatkozás – egy nagyobb szövetrész mikroszkópos vizsgálata szükséges. A gyanús elváltozás formája és kiterjedése szerint a méhszájból kúpszerű részt távolítunk el, úgynevezett conisatiót végzünk. Ennek mélysége és nagysága az életkortól és a talált lelettől függ. Először a kimetszést végezzük el, majd a nyakcsatornát kitágítjuk és a méhnyálkahártyát megfelelő műszerrel lekaparjuk, a méh üregébe gumicsövet helyezünk, és a sebszéleket összevarrjuk. A beavatkozás többnyire vénás altatásban történik.

A **beavatkozás** egyrészt diagnosztikus, mivel az eltávolított szövetből állapítható meg, hogy van-e rákos elfajulás, vagy csak rákot megelőző állapot áll fenn, vagy nem igazolható elváltozás. Másrészt terápiás, mivel az esetek többségében az ép területtel együtt távolítjuk el a kóros részt. Amennyiben ez nem az éppen történik – az elváltozás helyzete vagy kiterjedése miatt – úgy a conisatio megismétlésére kényszerülünk nagyobb, mélyebb rétegű szövet eltávolítása mellett.

### **Lehetséges szövődmények:**

A legnagyobb gondosság és körütekintés mellett is előfordulhat a műtött területből szivárgó vérzés, mely tamponálással, vagy új öltés behelyezésével gyógyítható. A nyakcsatornába és a méh üregébe helyezett gumicső az esetek többségében megakadályozza a méhszáj összetapadásait. Ha ez nem következik be, a méhnyak, méhszáj összetapad és menses idején a menses-váladék nem tud szabadon kiürülni. Ez panaszokat okoz: alhasi görcsöket, a menses idejének elhúzódását és a menses jellegének megváltozását. A méhszáj tágítása az elváltozást teljes egészében megoldja.

Műtét utáni 1-3 nappal javasolt a hazabocsátás. Egy héttel a műtét után járóbeteg szakrendelésen a gumicső eltávolítandó.

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

A műtét után 4 hétig hüvelyöblítés, erős testi megterhelés és házasélet nem javasolt. Tartózkodjon az ülőfürdőtől!

**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 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 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 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 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: |  |
|------|--|

<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.

|              |  |
|--------------|--|
| Lakcím:      |  |
| Telefonszám: |  |

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről 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.