

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Vízben szülés, vízben történő vajúdás	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 cselekvőképés 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, cselekvőképés
☐ 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, cselekvőképés
☐ 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: Megindult szülés, vízben történő vajúdás, vízben szülés.

2./ A beavatkozás megnevezése: Szülés során vízben vajúdás. Feltételek teljesülése esetén vízben szülés.

Szüléshez kapcsolódó írásbeli beleegyezést igénylő beavatkozások:

Vízben vajúdás

Vízben szülés

Fanszörzet részleges leborotválása

Beöntés

Burokrepesztés

Fájást keltő Oxytocionos infúzió bekötése fájásérősítés céljából

Gerinc közeli érzéstelenítés EDA

Gátmetszés

Szükség esetén császármetszés végzése anyai vagy magzati profilaktikus (megelőző) érdekből

A fentiek közül csak orvosi indikáció alapján egyezem bele:

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

3./ Tájékoztatót végző orvos:

Tájékoztató szülésznő:

Beavatkozást végző orvos:

4./ A beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

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

- Intermittáló (szakaszos) magzati szívhanghallgatás. A családbarát szülészeti alapelv alapján alacsony rizikójú váradósság utáni alacsony rizikójú, ugyanolyan biztonságos az időközi szív működés ellenőrzés, mint a folyamatos. Osztályunkon telemetrikus vízben használható szívhang ellenőrzést végzünk.
- Vérzés, gyulladás, sérülés, vérömleny.

Előnye: Fájdalomérzet csökkentése, pozitív szülésélmény.

Kiegészítés:

Az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

Személyre szabott kockázatok: A vízben vajúdás és szülés osztályos orvosi protokollban meghatározott esetekben történhet. Általánosságban alacsony rizikójú várandósok és szülők részére adott. Egyéb esetekben alkalmazása szakorvos engedélyétől függ.

.....

.....

.....

6./ A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A vízben vajúdás az egyik legeredményesebb szülési fájdalomcsillapító eljárás, melynek veszélye minimális, gyógyszeres beavatkozást nem igényel, a méhszaj tágulását elősegíti és a magzat születése könnyebbé válik. Esetek jelentős részében a vízben szülésnél nem kell gátmetszést alkalmazni és a gátsérülés lehetősége is kisebb. A vízben vajúdás elhagyása esetén egyéb, további fájáscsökkentő eljárásokat lehet igénybe venni, melyek az osztály rendelkezésére állnak.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Nem alkalmazunk egyéb fájdalomcsillapító eljárást.

Nitrogénoxidul Oxigén 1:1 arányú keverékének szívása maszkból.

Előzetes egyeztetés – anaesthesiológus vállalása esetén – gerinc közeli fájdalomcsillapítás (Epidural anaesthesia, EDA).

Szülésfelkészítő tanfolyamon pszichoprofilaxis alkalmazása.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Tárgyi feltételek: Megfelelő méretű kád, vízhőmérő, kézi szűrő, Ctg vagy kézi szívhang hallgató.

Személyi feltételek: Külön szülésznő, aki vállalja a szülő ellenőrzését, kezelőorvosa támogatja és vállalja a vízben vajúdást, szülést.

Ellenjavallatok: A vízben vajúdás, szülés protokolljában felsorolt esetekben. Rizikó szülés (anyai, magzati rizikó). Teljesség igénye nélkül: betöltött 37. hét előtti gestációs kor, ikerterhesség, hüvelyi vérzés a vajúdás során, kóros magzati szív működés, praeeclampsia, infectio, atípusos méhen belüli magzati helyzet, regionális anesztézia alkalmazása a vajúdás során, előzetes méhen végzett műtét, 12 óránál régebben történt burokrepedés. Amennyiben a szülő vagy a szülő team a vízben vajúdást, vízben szülést nem javasolja.

A vízben vajúdás, szülés során a szülő bármikor határozhat úgy, hogy felfüggeszti a vízben vajúdást, szülést. A vízben vajúdás után is előfordulhat a szülés műtétes befejezése, vacuum extractioval, császármetszéssel.

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 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:	

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.

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.