



Betegtájékoztató

Alulírott,(beteg neve) tanúsítom, hogy engem
 Dr.(kezelőorvos neve)kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. **Betegségemről**, mely kórisme szerint (magyarul): **RENDELLENES VÉRZÉS**

2. **A javasolt gyógymódról / műtétről** (megnevezése magyarul): **MÉHKAPARÁS**

3. **A javasolt gyógymód kockázatairól**, lehetséges gyakoribb **szövődményeiről**:sérülés,gyulladás, utóvérzés,

4. A javasolt műtéti beavatkozás végzése közben **a műtét kiterjesztésének lehetőségéről**, melynek alkalmazása valamely szerv vagy testrész elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezethet:

5. **A beavatkozás tervezett időpontjáról**: **201.....(dátum)**

6. A javasolt gyógymód helyett másodsorban alkalmazható gyógymódokról: nincs.

7. A gyógymód / műtéti beavatkozás **helyi érzéstelenítésének** módjáról (magyarul):.....

- ▶ - Transzfúzió esetén betegtájékoztató / beleegyező nyilatkozat külön lapon
- Anesztézia esetén betegtájékoztató / beleegyező nyilatkozat külön lapon

8. **Kezelőorvos megválasztásának lehetőségével élek**: **IGEN¹ NEM¹**

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének visszautasítására. ▶ visszautasítás külön lapon

Beleegyező nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy **egészségi állapotomról a felvilágosítás megfelelő körülmények között részletesen, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszeredtől mentesen, személyemre vonatkozóan, érthetően történt.**

Tájékoztatóssal kapcsolatban feltett kérdéseimre választ kaptam.

Lehetőségem volt kezelőorvosomat megválasztani.

A javasolt vizsgálatba* / gyógykezelésbe* / műtétbe* a kapott információk alapján beleegyezésemet adom. Ennek alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi vizsgálatot / gyógykezelést / műtétet elvégezzék:

..... (a kezelés, beavatkozás megnevezése magyarul)

Helyettem a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorló személy neve:**

Betegségemről itt megnevezett hozzátartozó(i)mat tájékoztathatják:

Betegségemről megnevezett hozzátartozóimat **korlátozásokkal** tájékoztathatják: *****IGEN NEM**

Betegségemről hozzátartozóimat tájékoztathatják. **IGEN NEM**

Jászberény,201.....(aktuális dátum)

.....
 (kezelő orvos aláírása, bélyegzője)

.....
 (beteg / törvényes képviselő aláírása)

Az invazív beavatkozásokhoz a beteg írásbeli vagy – amennyiben erre nem képes – két tanú együttes jelenlétében, szóban vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges (1997. évi Eütv. 15.§ (5)).**

1. tanú neve, aláírása, lakcíme:

2. tanú neve, aláírása, lakcíme:

.....

.....

*a helyes válasz aláhúzendó

** két tanú aláírása csak ezekben az esetekben szükséges

***a korlátozás tényét részletezze a dekurus lapon

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Méhkaparás (abrasio) és polypeltávolítás

Tájékoztatjuk Önt, hogy ahhoz, hogy az Önnél tervezett beavatkozást elvégezhessük írásos beleegyezése szükséges. Ez a tájékoztató azért készült, hogy segítse Önt annak megértésében, hogy a műtétnek mi a javallati köre, technikai kivitele, mik a következményei. A beleegyezés aláírása előtt gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz.

A műtét célja:

A méhszáj, a nyakcsatorna, a méh üregének műszeres vizsgálata, az esetlegesen kóros szövet eltávolítása, a panaszokat okozó rendellenesség felderítése, megszüntetése és a nyert anyagokból szövettani diagnózis felállítása az esetlegesen szükségessé váló további kezelések megtervezéséhez. A beavatkozás segít eldönteni, hogy a folyamat rosszindulatú-e vagy sem, ezáltal nagy segítséget nyújt a további kezeléshez. A méhür kiürítése egyben - vérzés esetén - a vérzés megszüntetésével is jár, a fertőzés veszélye is csökken, polypus esetén annak eltávolítása hasonló célokat szolgál.

A beavatkozás menete:

A műtét előtt nőgyógyászati vizsgálat történik, melynek során meggyőződünk a méh nagyságáról és helyzetéről. Sok esetben ultrahang vizsgálattal egészítjük ki a fentieket. A műtétet intravénás érzéstelenítésben végezzük. A hüvely feltárása mellett a méhszáját látótérbe hozzuk, a hüvelyt, a boltozatot fertőtlenítjük. Ezt követően szondavizsgálattal ellenőrizzük a méh nagyságát, helyzetét, a nyakcsatornát kitágítjuk. A méh üregét küret kanállal kiürítjük. Általában külön kikaparjuk a nyakcsatormát és külön a méhüreget, külön távolítjuk el a polypusokat. Kaparás közben ellenőrizzük a méhür alakját, egyenetlenségét, bedomborodottságot (fejlődési rendellenesség, méhizom daganat - *myoma* stb.). Külön óvatosságra van szükség akkor, ha felmerül a méh nyálkahártya rosszindulatú daganatának lehetősége. Az eltávolított anyagot szövettani feldolgozásra küldjük. Amennyiben a pontos diagnózis felállításához szükséges, a méh üregét optikai eszközzel (hiszteroszkóp) áttekintjük, esetenként célzottan szövetszövetmintát veszünk szövettani feldolgozás céljából.

A beavatkozás kockázata:

A méhszáj sérülése, berepedése, a méh falának átfürödése, gyulladás, vérrögösödés (trombózis, embólia) ritkán előforduló szövődmények. A méh sérülése esetén (amennyiben szondával történik), panaszmentesség esetén megfigyelés szükséges. Hasi vérzésre utaló jelek esetén a has és medenceüreg tükrözése (*laparoscopia*), illetve hasi műtét a méh sebének elvarrásával lehet szükséges. A kórházi tartózkodás szövődménymentesség esetén általában egy-két nap, szövődmény és egyéb problémák esetén egyenként elbírálandó az intézeti megfigyelés ideje. Szövettani lelet konzultálása 3-4 hét múlva, nőgyógyászati kontroll 6 hét múlva esedékes. Kezelés során különböző gyógyszerek használatára kerülhet sor. Bizonyos esetekben vérátömlesztés lehet szükséges.

A kezelés elmaradásakor várható:

állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, esetleg életveszélyes szövődmények kialakulása.

A beavatkozás elmaradásának következménye:

Nem történik meg a méh kóros elváltozásának eltávolítása, és nem kerül sor azok szövettani tisztázására.

Kijelentem, hogy a fenti nyilatkozatot tiszta öntudattal, szabad akaratomból tettem.

*a helyes válasz aláhúzendő

** két tanú aláírása csak ezekben az esetekben szükséges

***a korlátozás tényét részletezze a dekurus lapon