



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatályba lépés:

2017-01-09

## Hysteroscopia (TCEA)

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

Telephely megnevezése:

Telephely 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): Rendellenes méhvérzés, méhnyálkahártya működés zavar.

**2./ A beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Hysteroscopia során TCEA (méhszájon keresztül a méh üregének kitisztítása, méh nyálkahártya eltávolítás).

A nyakcsatorna tágítása, a nyakcsatornán keresztül a méhüreg folyadékos feltöltése, majd elektromos késsel (kacs) a méh nyálkahártya eltávolítása szem ellenőrzés mellett.

**3./ Tájékoztatót végző orvos: Dr.**

**Beavatkozást végző orvos: Dr.**

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

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

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

- A szövettani eredmény birtokában a vérzészavar kezelési módjának megválasztása.
- A műtét önmagában is terápiás hatékonyságú.
- A méh sérülése és felszálló kismedencei fertőzés veszélye fennállhat.
- Vérzés, gyulladás, környéki szervek sérülése, bélműködés zavar, hüvelyi folyás.
- A méh átfürödása.

#### **Kiegészítés:**

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

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

- A. A kóros méhüri vérzés elhúzódása, következményes anaemia (vérszegénység) kialakulása.
- B. Konkrét diagnózis hiányában (szövettani eredmény hiánya) az adekvát kezelési mód nem megfelelő kiválasztása.

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

- Beavatkozás elhagyása.
- További konzervatív (gyógyszeres) kezelés, méh nyálkahártya működést csökkentő anyagot tartalmazó méhen belüli fogamzásgátló eszköz alkalmazása.
- Méhkaparás végzése.
- Méheltávolítás.

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

A műtétet a rendellenes, bő méhvérvetések kezelésére használjuk. A TCEA a Transcervicalis Endometrium Ablatio (magyar jelentése: méhszájon keresztül a méhnyálkahártya eltávolítása és leégetése) rövidítése.

A műtét vénás narcosisban, vagy gerinc-érzéstelenítésben történik. A méhszájon átvezető speciális kamerás-tükrös műszert használunk, az operáló orvos a folyamatot külön monitoron ellenőrzi. A méhszáj tágítása után a méh üregét élettani oldattal tágítjuk, a méh üregébe vezetett elektromos késsel a szükséges beavatkozást elvégezzük. (Pl.: polypeltávolítás, myomagóc kiagyazás, sövénykimetszés, méhnyálkahártya eltávolítás). A műtét 30–40 percig tarthat.

Műtét alatti szövődmény lehet a méhfal sérülése, vérzése, illetve a méhfal átfürödása. A méhnyálkahártya eltávolítást követően a rendellenes vérzés 70 – 80%-os arányban megszűnik, illetve ilyen arányban a menstruáció sem tér vissza. A beavatkozást csak azoknál a nőknél végezzük el, akik többé már nem kívánnak szülni.

Késői szövődményként számolni kell hónapok – évek múltán a rendellenes méhvérvetés kiújulásával kb. 20–25%-ban. A műtétet követően az esetek 20–30%-ában a menstruáció teljesen elmarad.

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 döntsék 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!**

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

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

### **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)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház  
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700**