



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Radikális vulvectomia

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 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

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<sup>1</sup>

**Ha igen:**

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

1./ **A betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): A szeméremtest rákos megbetegedése.

2./ **A beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Radikális vulvectomia (hüvelybemenet, szeméremtest, kisajkak, nagyajkak eltávolítása, a lágyéki nyirokcsomók eltávolításával).

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

**Beavatkozást végző orvos: Dr.**

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

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

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

- A rosszindulatú elváltozás korai stádiumában végzett műtét esetén végleges gyógyulás érhető el.
- Későbbiekben szexuális élet zavara, szeméremtáji hegesedés kialakulhat.
- Vérzés, gyulladás, sérülés, sebgyógyulás zavara, thromboembólia, alsó végtagot ellátó erek sérülése, nyirokkeringés zavara, alsó végtagok vizenyős duzzanata.
- Fertőzés a műtési területen.
- Vérömleny a műtési területben.
- A seb elhúzódó gyógyulása.

### **Kiegészítés:**

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

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

A rosszindulatú elváltozás progressziója, inoperábilis állapot kialakulása, vér-, illetve nyirokér hálózaton keresztüli áttétek megjelenése.

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

- Beavatkozás elhagyása.
- Egyszerű hüvelybemenet kimetszés, teljes sugárkezelés.
- Tüneti terápia.

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

A műtétet a szeméremtest igazolt rosszindulatú daganata miatt végezzük. A műtét lényege a bőr eltávolításán kívül a kis- és nagycsontok, valamint a hüvelybemenet eltávolítása az alatta lévő szövetekkel, és a környező lágyéki nyirokcsomókkal együtt. A beavatkozás során a seb zárásakor gumicsöveket (draineket) helyezünk be a szövődménymentes gyógyulás érdekében, valamint a húgycsőbe katétert helyezünk.

### **Lehetséges szövődmények:**

A beavatkozás teljes sikerét és abszolút szövődménymentességét egy orvos sem garantálhatja. Az orvosi beavatkozások általános veszélyei, mint fertőzés, thrombosis, embólia ritkán fordulnak elő. A legnagyobb gondosság ellenére is előfordulhatnak fertőzések, melyek további kezelést tesznek szükségessé. A sebgyógyulás hosszadalmas lehet. A műtét után számolni kell a műtési terület hegesedésével, zsugorodásával. A nyirokcsomók eltávolítása miatt az alsó végtag nyirokkeringés zavara is felléphet, lábdagadás kíséretében.

A műtét után tájékoztatjuk Önt a munkaképtelenség tartamáról, valamint a következő ellenőrző vizsgálatokról. Az első hetekben a testi kímélet fontos. Ha vizeleti fájdalmak jelentkeznek, ha lázas lesz, vagy a bőrsebzés elszíneződik, vagy megduzzad, feltétlenül jelentkezzen! A műtét után házaséletét is folytathatja, de a külső szeméremtest eltávolítása és hegesedése funkcionális zavarokat okozhat. Előfordulhat, hogy a húgycső külső nyílásának hegesedése vizeleti zavarokat okoz.

A műtét utáni további kezelések szükségességéről tájékoztatni fogjuk.

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 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 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 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:	
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):

.....  
.....  
<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.

.....  
.....  
.....

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.