

**MÉHKAPARÁS (ABRASIO)****A SZÓBELI FELVILÁGOSÍTÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT****Beteg neve:** _____ **Orvos neve:** _____**Születési dátum:** _____**TAJ:** _____**A beavatkozás célja:**

A műtét célja lehet diagnosztikus és gyógyító. Diagnosztikus műtét esetén a méhbelhártyából szövetmintát távolítunk el kórszövettani vizsgálatra a vérszavarok és a daganatos betegségek pontos felismerése céljából. A gyógyító jellegű műtét kapcsán a hosszantartó, illetve bő méhvérzések megszüntetése a cél a méhnyálkahártya eltávolításával.

A beavatkozás technikája:

A beteg igényeinek megfelelően a műtét elvégzésére helyi érzéstelenítésben, gyakrabban rövid ideig tartó vénás altatásban kerül sor. A beteget a hólyag kiürítése után műtőasztalra fektetjük. A hüvelyt megfelelő fertőtlenítő oldattal kitöröljük, a méhűrt megszondázzuk, a méhnyakat fémpálcákkal feltágítjuk, és küretkanállal lekaparjuk a méhnyakcsatorna és/vagy a méhtest nyálkahártyáját. Az így nyert anyagmintákat szövettani vizsgálatra küldjük.

A beavatkozás veszélyei, lehetséges gyakoribb műtéti szövődmények:

A fertőtlenítéshez, vagy az érzéstelenítéshez használt anyagokkal szemben túlérzékenységi reakció jelentkezhethet, ami szakszerű ellátással kezelhető. A műtét során a legnagyobb gondosság ellenére is - ritkán - a méhfalon áthatoló sérülések keletkezhetnek. Ez kórházi megfigyelést és szükség esetén hasi műtétet (hastükrözés és/vagy nyitott hasi műtét) vonhat maga után. A műtét során a célunk a sebzés zárása, azonban kivételes esetben a méh eltávolítására is kényszerülhetünk. A műtétet követően méhgyulladás is kialakulhat, ami gyógyszeres kezeléssel (antibiotikum, gyulladásgátlók) gyógyítható.

A beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei:

A diagnosztikus beavatkozás elmaradása esetén, a pontos kórisme hiányában az orvos nem tudja alkalmazni a szükséges kezelési eljárásokat. A terápiás beavatkozás elmaradása akut és/vagy krónikus vérszegénységéhez, rosszindulatú daganatok fel nem ismeréséhez és elhatalmasodásához, súlyos állapotromláshoz vezethet.

A fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az erre kapott válaszok:

A fentiekről számomra részletes és érthető tájékoztatást adott:

Dr. _____

KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A MÉKAPARÁS műtétjéről a tájékoztatót elolvastam, az orvos szóbeli tájékoztatását megértettem, az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem és kérem annak elvégzését.

Budapest, _____ év, _____ hó, _____ nap, _____ óra, _____ perc

felvilágosítást végző orvos aláírása

beteg/törvényes képviselő aláírása

Továbbá **beleegyezem,**

* hogy a beavatkozással (műtéttel) összefüggésben bármely diagnosztikus céllal eltávolított sejtmegmaradványt, sejtalkotórészetet, szövetet, szervet a vizsgálat után a Semmelweis Egyetem megőrizzék, és azok felhasználásával olyan tudományos igényű feldolgozást, orvostudományi kutatást végezzen, amely a kórisme és a gyógykezelés hatékonyságát segíti, továbbá összhangban áll a hatályos jogi szabályozással.

igen nem _____

* hogy a műtét során video és/vagy fénykép felvétel készüljön, azt a műtét után a Semmelweis Egyetem megőrizzék, és a hatályos jogi szabályozással összhangban az egyetemi oktatás (orvos- és szakorvosképzés) keretében, valamint tudományos igényű feldolgozás során (közlemény, szakkönyv, tankönyv) képi dokumentáció céljából azokat felhasználja.

igen nem _____

* hogy műtéti szövődés esetén a további szükséges műtéti beavatkozásokat elvégezzék:

hasműtét (laparotomia) igen nem _____

hasükrözés (laparoscopia) igen nem _____

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT*

A kezelőorvos részletes felvilágosítása ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Az ellátás visszautasítása miatt bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli, és kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült költségek megtérítésére.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, aminek elmaradása a saját, vagy a magzata életét veszélyezteti, vagy aránytalanul súlyos terhet, ill. maradandó károsodást okozhat, az elutasító nyilatkozatot két tanúnak az aláírásával is hitelesíteni kell).

Budapest, _____ év, _____ hó, _____ nap, _____ óra, _____ perc

felvilágosítást végző orvos aláírása

beteg/törvényes képviselő aláírása

1. sz. tanú aláírása

2. sz. tanú aláírása

*** Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény 17. § (2):**

„A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások - ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is - egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti.”

Ezen beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat egy példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!