



# SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ

Cím: 1115 Budapest, Tétényi út 12-16.  
Tel.: (1) 464-8600 Fax: (1) 203-3645

www.szentimrekorhaz.hu e-mail: info@szentimrekorhaz.hu



A Tanúsítvány regisztrációs száma:  
01-16281/15-11164

Szülészeti Osztály

Osztályvezető főorvos: Dr. med. habil. Sziller István

OEP KÓD: 0101M9201

Tel.: (06-1) 464-8600/8736

## NYILATKOZAT

### a SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZBAN igénybe vett gyógyszerellátásokról

Név:	X.Y.	TAJ:	xxxxxxxxx
A beutalás indoka:			

### I. RÉSZ

- Alulírott kijelentem, hogy panaszaim miatt betegségem megállapítását és gyógyítását igénylem.
- Részletes és érthető orvosi felvilágosítást kaptam arról, hogy betegségem megállapításához (kórismézéséhez) a következő vizsgáló eljárásokra (típusokra) van szükség: hüvelyi vizsgálat, ultrahang, laborvizsgálat
- Az invazív (a beteg testébe behatoló [kivétel a vérvétel, izomba és vénásan adott injekciók és infúziók]) beavatkozások esetén Öntől kezelő orvosa, a részletes tájékoztatást követően külön beleegyező nyilatkozaton kéri hozzájárulását.
- A tervezett vizsgálatok esetleges, főbb kockázatairól is, valamint a kórházunkban nem hozzáférhető- vagy egyéb (alternatív) lehetőségekről is tájékoztattak.
- A betegségmegállapító eljárásokhoz és az ellátási tervhez hozzájárulok. Vállalom, hogy a gyógyszerellátás eredményessége érdekében a kezelőorvossal és munkatársaival együttműködöm.
- Az intézményben személyesen megjelent vagy telefonon érdeklődőknek (porta, stb.) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom/szervezeti egységem nevét megadhatják:

igen (Kivéve: )

nem (Kivéve: )

7. Az érdeklődők tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a; Az alábbiakban megnevezetteket betegségemről teljes körűen tájékoztathatják:  
Legközelebbi hozzátartozó

b; Az alábbiakban megnevezetteket betegségemről csak az általam megjelölt, következő korlátozásokkal tájékoztathatják:

.....

c; Az alábbiakban megnevezetteket betegségemről kérésükre sem tájékoztathatják:

.....

Budapest, 2020. január 06.

X

kezelőorvos aláírása és pecsétje  
Dr.XY(OXXXXX)

beteg(vagy törvényes képviselője)  
XY

## II.RÉSZ

8. Tudomásul veszem, hogy betegségem:lásd invazív lap.  
amelynek természetéről, várható kimeneteléről és a javasolt életmódról kellő tájékoztatást kaptam.

9. A javasolt gyógymód (ellátási terve):lásd invazív lap.

A javasolt terápia kockázatairól, lehetséges, gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről is, valamint a kórházunkban nem hozzáférhető- vagy egyéb (alternatív) terápiás lehetőségekről megfelelő tájékoztatást kaptam, a szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek további kezelésemről.

10. A betegségem (betegségeim) gyógyításához szükséges kezelésekhöz és terápiákhoz hozzájárulok, a kezelőorvosommal és munkatársaival együttműködöm.

**Tudomásul veszem, hogy kezelésem következményeiről folyamatosan fogok tájékoztatást kapni.**

Budapest, 2020. január 06.

X

kezelőorvos aláírása és pecsétje  
Dr.XY(OXXXXX)

beteg(vagy törvényes képviselője)  
XY

## III.RÉSZ

(a hozzájárulás megtagadása esetén áthúzandó!)

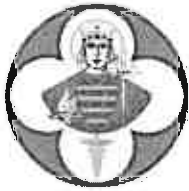
11. Kijelentem, hogy a következő vizsgáló, illetve kezelési eljárásokhoz nem járulok hozzá:

**Tudomásul veszem, hogy az elutasítás következményeiért a felelősség reám hárul.**

Budapest,2020. január 06.

kezelőorvos aláírása és pecsétje  
Dr.XY(OXXXXX)

beteg(vagy törvényes képviselője)  
XY



## NYILATKOZAT

**a beteg tájékoztatásáról és hozzájárulásának megadásáról**  
(műtétek vagy műtétnek minősülő, illetve invazív beavatkozások eseteire)

### I. RÉSZ

**Név:** XY **TAJ:** XXXXXXXXX

A tervezett beavatkozás (műtét) Császármetszés  
megnevezése:  
A tájékoztatást adó orvos: *Dr. XY(OXXXXX)*  
A beavatkozást végző orvos: *Dr. XY(OXXXXX)*

**Alulírott kijelentem, hogy részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam az alábbiakról:**

- milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek, nevezetesen: **Szülés során fellépett velem ismertett komplikációk, vagy egyéb a kórelőzményben szereplő betegség miatt orvosi javaslat alapján a szülés befejezése császármetszéssel.**
- milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos, nevezetesen: **Császármetszés spinalis érzéstelenítésben.**
- milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra, nevezetesen: **A magzati és anyai egészségkárosodás.**
- beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány), nevezetesen: **Értelemszerű.**
- a beavatkozásnak lehet – e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggyakoribb ténykedés esetén is, nevezetesen: **Bél-, hólyag-, vizeletelvezető-rendszer sérülése. Láz, kismencedei és az egész hasüregre kiterjedő gyulladás, tályogképződés. Vérzés, utóvérzés. A méh sebének és a hasfali sebnak gyógyulási zavara, akár teljes szétválása. Thrombosis (vérrögösödés), embólia (tüdőverőér-elzáródás). A gyermek megszületését követően a méhből olyan mértékű vérzés fordulhat elő, mely minden egyéb eszközt igénybe véve sem uralható és a méh csonkolásához illetve teljes eltávolításához vezethet. Sipolyképződés szomszédos szervek, méh, hólyag, hüvely, stb. között. Vizelési és bélműködési zavarok. A szövődmények következményeinek elhárítása ismételt műtétet, műtétet igényelhetnek. Egy ilyen műtét jellege, kiterjesztése a szövődmény milyenségétől és az érintett szervek sajátosságaitól függ.**
- milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak, nevezetesen: **altatóorvaossal egyeztetve, lásd külön lapon!**

**Részletes felvilágosítást kaptam kezelőorvosomtól állapotom, az elvégzendő műtét típusáról, valamint az esetleges szövődményekről, melyeket megértettem, további kérdésem nincs.**

**A részletes tájékoztatást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.**

Ennek alapján:

hozzájárok

nem járlok hozzá

tervezett beavatkozás, ill. műtét

X.....

.....

altatás, ill. vezetése érzéstelenítés

X.....

.....

vértranszfúzió adása

X.....

.....

Budapest, 2020. január 06.

(Olvasható aláírás)

.....  
a felvilágosító orvos aláírása

X.....  
beteg(vagy törvényes képviselője)  
XY

.....  
a műtétet (beavatkozást) végző orvos aláírása

.....  
anesztéziát (altatást) végző orvos aláírása

## II. RÉSZ

(csak a hozzájárulás megtagadása esetén töltendő ki!)

Kijelentem, hogy a részletes tájékoztatást megértettem, kérdéseimre választ kaptam, melyet követően a fent nevezett ellátáshoz/beavatkozáshoz/kezelési eljáráshoz nem járlok hozzá.

**Tudomásul veszem, hogy nemleges döntésemért, következményeiért a felelősség kizárólag engem terhel.**

Budapest, 2020. január 06.

kezelőorvos aláírása és pecsétje  
Dr.XY(OXXXXX)

beteg(vagy törvényes képviselője)  
XY

Budapest, 2020. január 06.

**Császármetszés adatlap**

A műtét dátuma: ..... /...../.....

Szülészeti naplósám: .....

Szülőné neve: XY

TAJ száma: xxxxxxxxx

Paritás: .....

Terhességi hét: .....

Elektív császármetszés

Sürgős császármetszés

A méhszáj tágassága műtétkor: .....

**A császármetszés javallata:**

Fájdásgyengeség

Kóros magzati szív működés

Fekvési, tartási , beilleszkedési rendellenesség

Ikerterhesség

Téraránytalanság

Előzetes császármetszés - anyai kérésre

Előzetes császármetszés - TOLAC

Előzetes császármetszés - elektív (társjavallat alapján):.....

Anyai kór állapot: .....

Újszülött adatok: Súly:.....g Hossz:.....cm Fej:.....cm Apgar: ...../.....

A terhesség gondozást végezte:.....

A műtétet végezte: .....

Disponálta: .....

Dispositio dátuma: ...../...../.....

## NYILATKOZAT

a SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZBAN igénybe vett gyógyszerellátásokról

X.Y. - páciens

TAJ:

Vonalkód

A beutalás indoka: szülés

### I. RÉSZ

1. Alulírott kijelentem, hogy panaszaim miatt betegségem megállapítását és gyógyítását igénylem.
2. Részletes és érthető orvosi felvilágosítást kaptam arról, hogy betegségem megállapításához (kórismézéséhez) a következő vizsgálatok (típusokra) van szükség: hüvelyi vizsgálat, vérnyomásmérés, CTG, szükség esetén amniotikóvizsgálat, laborvizsgálatok, ultrahang vizsgálat.
3. Az invazív (a beteg testébe behatoló [kivételek a vérvétel, izomba és vénásan adott injekciók és infúziók]) beavatkozások esetén Öntől kezelő orvosa, a részletes tájékoztatást követően külön beleegyező nyilatkozaton kéri hozzájárulásom.
4. A tervezett vizsgálatok esetleges, főbb kockázatairól is, valamint a kórházunkban nem hozzáférhető- vagy egyéb (alternatív) lehetőségekről is tájékoztattak.
5. A betegségmegállapító eljárásokhoz és az ellátási tervhez hozzájárulok. Vállalom, hogy a gyógyszerellátás eredményessége érdekében a kezelőorvossal és munkatársaival együttműködöm.
6. Az intézményben személyesen megjelent vagy telefonon érdeklődőknek (porta, stb.) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom/szervezeti egységem nevét megadhatják:

igen (Kivéve:

nem (Kivéve:

)  
)

7. Az érdeklődők tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a; Az alábbiakban megnevezetteket betegségemről teljes körűen tájékoztathatják:

.....  
.....

b; Az alábbiakban megnevezetteket betegségemről csak az általam megjelölt, következő korlátozásokkal tájékoztathatják:

.....  
.....

c; Az alábbiakban megnevezetteket betegségemről kérésükre sem tájékoztathatják:

.....  
.....

Budapest, 2020. január 03.

kezelőorvos aláírása és pecsétje

XY  
beteg(vagy törvényes képviselője)

## II.RÉSZ

8. Tudomásul veszem, hogy betegségem: szülés

amelynek természetéről, várható kimeneteléről és a javasolt életmódról kellő tájékoztatást kaptam.

9. A javasolt gyógymód (ellátási terve):szülés, illetve szükség szerint egyéb szülés körüli teendők (burokrepesztés, infúziók, gyógyszerek beadása, gátmetszés, gát ellátása, fogó vagy vákuum elvégzése, császármetszés, egyéb)

A javasolt terápia kockázatairól, lehetséges, gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről is, valamint a kórházunkban nem hozzáférhető- vagy egyéb (alternatív) terápiás lehetőségekről megfelelő tájékoztatást kaptam, a szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek további kezelésemről.

10. A betegségem (betegségeim) gyógyításához szükséges kezelésekhöz és terápiákhoz hozzájárulok, a kezelőorvosommal és munkatársaival együttműködöm.

**Tudomásul veszem, hogy kezelésem következményeiről folyamatosan fogok tájékoztatást kapni.**

Budapest, 2020. január 03.

*kezelőorvos aláírása és pecsétje*

XY  
beteg(vagy törvényes képviselője)

## III.RÉSZ

(a hozzájárulás megadása esetén áthúzandó!)

11. Kijelentem, hogy a következő vizsgáló, illetve kezelési eljárásokhoz nem járulok hozzá:

**Tudomásul veszem, hogy az elutasítás következményeiért a felelősség reám hárul.**

Budapest, 2020.01.03.

*kezelőorvos aláírása és pecsétje*

XY  
beteg(vagy törvényes képviselője)

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: 2020.01.03. 00:00)

**NYILATKOZAT**

**a beteg tájékoztatásáról és hozzájárulásának megadásáról**  
(műtétek vagy műtétnek minősülő, illetve invazív beavatkozások eseteire)

**I. RÉSZ**

**Név:** X Y

**TAJ:** XXXXXXXXXX

A tervezett beavatkozás (műtét) szülés körüli teendők, szükség esetén császármetszés megnevezése:

A tájékoztatást adó orvos:

A beavatkozást végző orvos:

**Alulírott kijelentem, hogy részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam az alábbiakról:**

- milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek, nevezetesen: szülés
- milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos, nevezetesen: szülést, illetve az ennek során szükségessé váló esetleges beavatkozásokat (pl.: gátmetszés, gát ellátása, infúziók, gyógyszerek adása, fogó vagy vákuum elvégzése, esetleg császármetszés elvégzése, egyéb)
- milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra, nevezetesen: anyai és/vagy magzati egészségkárosodás
- beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány), nevezetesen: egészséges/jobb állapotú anya és újszülött,
- a beavatkozásnak lehet – e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggondosabb ténykedés esetén is, nevezetesen: a megfelelő szakmai ellátás ellenére is előfordulhat, hogy anyai és/vagy magzati egészségkárosodás lép fel
- milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak, nevezetesen: hüvelyi szülés esetén elsődlegesen nem szükséges fájdalomcsillapítás, de szükségessé válhat gerincközeli érzéstelenítés, illetve a császármetszéshez, illetve szükségessé váló műtéti tevékenységhez gerincközeli vagy általános (altatásos) érzéstelenítés szükséges; a gát esetleges metszéséhez, illetve ellátásához szükséges lehet helyi érzéstelenítésre
- a fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) alternatív megoldásairól, a kórházunkban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségekről is, nevezetesen: hüvelyi szülés és császármetszés lehetséges



**A részletes tájékoztatást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.**

**Ennek alapján:**

**hozzájárok**

**nem járlok hozzá**

tervezett beavatkozás, ill. műtét

.....

.....

altatás, ill. vezetése érzéstelenítés

.....

.....

vértranszfúzió adása

.....

.....

Budapest, 2020. január 03.

(Olvasható aláírás)

.....  
a felvilágosító orvos aláírása

.....  
beteg (vagy törvényes képviselője)

.....  
a műtétet (beavatkozást) végző orvos aláírása

.....  
anesztéziát (altatást) végző orvos aláírása

## **II. RÉSZ**

**(csak a hozzájárulás megtagadása esetén töltendő ki!)**

Kijelentem, hogy a részletes tájékoztatást megértettem, kérdéseimre választ kaptam, melyet követően a fent nevezett ellátáshoz/beavatkozáshoz/kezelési eljáráshoz nem járlok hozzá.

**Tudomásul veszem, hogy nemleges döntésemért, következményeiért a felelősség kizárólag engem terhel.**

Budapest, 2020. január 03.

*kezelőorvos aláírása*

XY  
beteg(vagy törvényes képviselője)

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: Dr. X Y, 2020. január 03., 00:00)

## ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ

Osztály/egység: Szülészeti Osztály		Név: X Y
Kórterem: 999	Ágyszám: 06	Leánykori név: X Y
Születési dátum: 1990.01.01		TAJ szám: xxx-xxx-xxx
Lakcím: 1116 Budapest XI. Példa utca 1.		
Felvétel időpontja (óra/perc): 2020.01.03. 11:41		Távozás időpontja (óra/perc):
Felvevő / Kezelőorvos neve: Oxxxxx Dr. X Y / Oxxxxx Dr. X Y		
Értesítendő hozzátartozó neve: X Y		
Címe: 1116 Budapest XI. Példa utca 1.		Telefon: 06 20 xxxxxxxx

### Szociális körülmények:

- Egyedül él
- Csalásban él / eltartóival él
- Hajléktalan
- Egyedül él, de a családja segíti
- Területi ellátásban részesül (házi gondozás, jelzőrendszer)
- Szociális intézményben él
- Gondnokság / gyámság alatt áll
- Rokkantság
- Kórházi távozás után segítséget igényel

### Kórházba kerülés körülményei:

- SBO
- Otthonából
- Más intézményből
- Intézményen belüli áthelyezés
- Beutalóval érkezett (tervezett)
- Egyedül érkezett
- Kísérővel érkezett
- Mentővel érkezett
- Egyéb:.....

### Nyilatkozat:

***Tudomásul veszem, hogy az Intézet csak a pénztárban elhelyezett értéktárgyakért vállal felelősséget! A Házirendben és a Betegtájékoztató a betegek jogairól és kötelezettségeiről nyomtatványokban foglaltakról megfelelő tájékoztatást kaptam. A szükséges ápolási beavatkozások elvégzéséhez hozzájárulok.***

Hozzájárulok az egyéni azonosító eszközzel való ellátásomhoz abban az esetben, ha ezt az állapotom indokoltá teszi.

Az ápolási dokumentációban szereplő információkat önkéntesen szolgáltattam. Az ápolási tervben foglaltakkal egyetértek.

Dátum: 2020. január 03.

***Irataimat hiánytalanul visszakaptam.***

.....  
beteg (hozzátartozó, vagy törvényes képviselő) aláírása

## Felvételi Állapot

Allergia	nem ismert	gyógyszer: nem ismert				egyéb:	
Általános megjelenés:		normál alkat	x	sovány	túlsúlyos	elhízott	egyéb:
Érzékelés	látás:	jó x	csökkent	szemüveg	vak	jobb bal	egyéb :
	hallás	jó x	csökkent	halló-készülék	siket	jobb bal	egyéb :
Bőr állapota:	ép x	kiütések	krónikus seb	sérült	nyom.fekély	oedema	paraziták
színe:	normál x	sápadt	livid	sárga	bevérvések	egyéb:	
tapintata:	normál x	hideg	meleg	nedves	száraz	egyéb:	
Fájdalom:	nincs		van x				
helye:	fej	hát	mellkas	has x	deréktáji x	végtag	egyéb:
jellege:	görcsös x	szorító	szűrő	feszítő	lúktető	kisugárzó	egyéb:
időtartama:	pár prerc x	pár óra	folyamatos	nem megítélhető	egyéb:		
A fájdalom erőssége	Visuál Analóg Skálán		1 2	3 4	x 5 6	7 8	9 10
Légzés	normális x	szapora	lassú	nehéz	köhög	köpetet ürít	egyéb:
Táplálkozás	Étvágy	jó x	rossz	elfogadható	Diéta:		
	Emésztés	probléma mentes x	hányinger	hányás	puffadás	egyéb:	
Fogsor	problémamentes x	pótol	műfogsor	alsó felső	rágásra	alkalmas alkalmatlan	
Tisztálkodás	önálló x	segítséget igényel		teljes helyettesítés		egyéb:	
Öltözködés	önálló x	segítséget igényel		teljes helyettesítés		egyéb:	
Ürítés	széklet	normál x	hasmenés	székrekedés	sztóma	egyéb:	
	vizelet	normál x	gyakori	katéter	egyéb:		
Magatartás	együttműködő x		ellenkező	agresszív	egyéb:		
Alvás	problémamentes x	alvászavar	altatót szed:	igen nem	neve:		
Segédeszköz használat:	igen nem x	kontakt-lencse	penfill	járókeret	támbot mankó	kerekes- szék	egyéb:

Felvételtkor volt-e nyomási fekélye?	igen	nem x	
(ha igen, töltsse ki a nyom.fekély felmérő/kezelő lapot)(FNY szám:)			
Csípőjét önállóan kiemeli-e?	igen x	nem	
Felvételtkor a betegbe helyezett eszközök:	nincs	x	van
pacemaker	hólyagkatéter Ch	vénanakül(PVK/CVK) behelyezés helye:	
drain (helye):		tápszonda	tubus egyéb:
Spec.ápolási igény:		tartós O <sub>2</sub> th.	tracheostoma amputáció
inzulin th.	CPAP	stoma	PEG/PEJ egyéb:
Vallása gyakorlásához igényel-e segítséget?	igen	nem x	

**NORTON skála, dekubitusz kialakulásának szűrő módszere**

Mozgásképeség/ Általános állapot: helyváltoztatás      Mobilitás/helyzet- változtatás: Kisérőbetegség:

- 4 jó
- 3 elfogadható
- 2 gyenge
- 1 nagyon rossz

- 4 teljes
- 3 segédeszközzel járóképes
- 2 segítséggel járóképes
- 1 mozgásképtelen

- 4 megfelelő
- 3 csökkent
- 2 minimális
- 1 mozdulatlan

- 4 nincs
- 3 enyhe
- 2 középsúlyos
- 1 súlyos

Tudatállapot:

Bőr állapota:

Táplálék és folyadékfelvétel:

Inkontinencia:

- 4 tiszta
- 3 közönyös
- 2 zavart
- 1 öntudatlan

- 4 ép, egészséges
- 3 ép, de elvékonyodott, száraz
- 2 ép, de gyakran nyírkos, izzadt
- 1 folyamatosan nyírkos v. sérült

- 4 megfelelő
- 3 kielégítő
- 2 csökkent
- 1 nincs

- 4 nincs
- 3 alkalmoszerű
- 2 vizelet
- 1 vizelet/széklet

Az összeszámolt pontok alapján határozható meg a rizikó kategória:

- 8-15 pont között kritikus helyzet, magas kockázat
- 16-26 pont között, valószínűsíthető helyzet, közepes kockázat
- 27-32 pont között nincs kockázat

**Össz.pontszám:**

**Nottingham pontozás, tápláltság kockázatát szűrő módszer**

BMI pontértéke

Testsúly:

Testmagasság:

Stressz faktor, betegség súlyossága?

- 0 >20
- 1 18-20
- 2 < 18

kg

cm

- 0 nem súlyos
- 1 mérsékelt
- 2 nagyon súlyos

Észlelt-e a beteg az elmúlt három hónapban fogyást?

- 0 nem
- 1 <3kg
- 2 >3kg

Csökcent-e az elfogyasztott táplálék mennyisége az elmúlt egy hónapban?

- 0 nem
- 1 igen

Akut betegség, és ha a beteg előre láthatóan 5 napig nem fog enni: +2 pont

Az összeszámolt pontok alapján határozható meg a rizikó kategória:

- >=5 pont között magas kockázat
- 3-4 pont között közepes kockázat
- 0-2 pont között alacsony kockázat

**Össz.pontszám:**

**Beteg-esés (leesés, elesés) kockázatát szűrő módszer**

Történt esés az elmúlt időszakban?

- 0 nem volt ilyen esemény
- 10 igen, az elmúlt 3 hónapon belül
- 20 igen, közvetlenül a kórházi felvételt megelőzően

Járáskor alkalmazott segítség?

- 0 a beteg a járásához nem használ segédeszközt
- 10 a beteg a járásához segédeszközt használ (bot, mankó, kerekesszék stb.)
- 20 a beteg a helyváltoztatáshoz segítségül a berendezést/bútorokat ragadja meg

Járásképeség/transzfer vizsgálata

- 0 normál járás
- 10 gyenge járóképeség
- 20 károsodott járóképeség

Fennáll a betegnél funkcióképeségi zavar?

- 0 nincs funkcióképeségi zavar
- 10 egy funkcióképeségi zavar azonosítható
- 20 több funkcióképeségi zavar együttes fennállása

A pontszámok alapján meghatározható rizikó kategória:

0 = nincs kockázat

- 10-30= alacsony kockázat
- 30< = magas kockázat

**Össz.pontszám:**

## SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ

### Szülészeti Profil

Profilvezető: *Dr. med. habil. Sziller István*

OEP KÓD: **0101M042A**

Tel.: (06-1) 464-8600/8736

<b>Név:</b>	<b>X Y</b> (leánykori név: X Y)	<b>Törzsszám:</b>	<b>0000000000</b>
<b>Születési hely, idő:</b>	Budapest 1990.01.01	<b>TAJ:</b>	<b>XXX XXX XXX</b>
<b>Anyja neve:</b>	X Y	<b>Felvéve:</b>	2020.01.03. 11:41
<b>Lakcím:</b>	1116 Budapest XI. Példa utca 1.		

### **Tájékoztató a szülés előtt álló nők részére**

Ön bizonyára felkészült a szülésre, és tájékozódott a szülés lefolyásáról, az esetleges beavatkozásokról. Ezek a beavatkozások az Ön és gyermeke(i) egészségének megőrzése érdekében történnek és a szülés biztonságát szolgálják. Elvégzésükhöz az Ön beleegyező nyilatkozatára is szükség van.

A szülőszobán történő felvétele után az alábbi vizsgálatokat végezzük el:

- ellenőrizzük a magzat szív működését,
- illetve úgynevezett belső vizsgálatot végzünk.

A belső vizsgálat a hüvelyen át történik, amelynek során megállapítjuk a méhszáj tágasságát és a burok állapotát. Tesztcsík felhelyezése válhat szükségessé abban az esetben, ha magzatvízcsorgás gyanúja merül fel. A tesztcsík színváltozása adja meg a választ arra, hogy valóban magzatvízcsorgás áll fent. Mindezekon túlmenően vérnyomásmérést és vizeletvizsgálatot is végzünk.

A szülés előrehaladottságától függően az Önnel történt egyeztetés után kerülhet sor a szeméremszőrzet leborotvására és a beöntésre.

A vajúdás során gyakran ellenőrizzük a magzati szív működést kis kézi készülékkel, de szükség lehet a folyamatos ellenőrzésre is, egy, a hasfalra erősített műszer segítségével.

A szülés haladását, a méhszáj tágulását időközönként belső, hüvelyi vizsgálatokkal követjük.

Sok esetben szükségessé válik (anyai vagy magzati érdekből) a burok megrepesztése és a méhtevékenység renyhülése esetén Oxytocin infúzió adása, infúziós pumpa segítségével.

Néha előfordul, hogy a magzatvíz zöldesen elszíneződik, vagy a magzat szív működése kissé eltér a normálistól. Ilyen esetben folyamatosan ellenőrizzük a magzat állapotát, hogy kellő időben tudjunk beavatkozni az érdekében.

A szülés alatt lehetnek kellemetlen érzései, akár fájdalmai is. Ennek csökkentésére gyógyszeres (injekciós) keveréket, illetve bizonyos személyi és technikai feltételek megléte esetén gerincközei érzéstelenítést alkalmazunk, mindezeket csak abban az esetben, ha Ön óhajtja. Az ezekkel kapcsolatos tudnivalókat szülész, illetve gerinc-közei érzéstelenítés esetén az aneszteziológus ismertetik Önnel.

A szülések többsége szülőágyon zajlik. Öt egyágyas szülőszobánk van, ahol együtt lehet azzal, akit választ. A szülésnél jelen lehet a választott dűla is. Igény szerint az otthonosan berendezett (alternatív) szobában, kádban is vajúdíhat. Itt, ha nincs kizáró ok, vízben is szűlűhet. A kísérő a szűlűszobán a korábban vásárolt védőruhában lehet csak jelen. A műtűbe nem mehet be.

A vajúdíás alatt – az Ön számára kényelmes – bármilyen testhelyzetet választhat.

A magzat megsűlűletésekor – amennyiben szűkséges – gátmetszést végzűnk. A gátséb és az esetlegesen keletkezett hüvelyfali sérűlés ellátása helyi érzéstelenítésben történik. Igen ritkán sérűlűhet a végbél, vagy a húgyhólyag is. Ritkán előfordul, hogy a mēhlepény, vagy a magzataburok nem távozik egészbűn. Ilyenkor kézzel, vagy műszerrel betapintunk a mēh űregébe, és a bűnmaradt részeket eltávólítjuk. A műtűti heg ellenőrzése céljából hasonlűon járunk el akkor is, ha valakinek az előző szűlűése császarmetszűssel végzűdűtt.

A legtöbb szülés zavartalanul lezajlik. Az esetek egy részében az anya, vagy a magzat, vagy mindkettő veszélyhelyzete esetén műtéti beavatkozás (császármetszés, fogóműtét, vákuum) válik szükségessé. Ezeket a műtéteket biztonságosan el tudjuk végezni a nap bármelyik szakában. Így szövődmény (utóvérzés, a nemi szervek vagy a környező szervek, vagy a magzat sérülése, gyulladás, bélműködési vagy sebgyógyulási zavar) csak nagyon ritkán fordul elő.

A **császármetszést** altatásban, vagy gerinc közeli érzéstelenítésben végezzük. Erről szükség esetén az érzéstelenítést végző (aneszteziológus) orvos ad részletes felvilágosítást. Ha sürgős beavatkozásra a szülés kitolási szakában van szükség, akkor a magzat gyors megszületését a magzat fejére helyezett haranggal, tompa fogóval segítjük. A magzat érdekében végrehajtott vákuumos szülés vagy a fogóműtét a magzat számára veszélytelen, a műtétek elvégzése kapcsán ritkán előfordul a hüvelyfal sérülése, melyet biztonságosan el tudunk látni.

Szükség esetén a szülés folyamán segítségül hívunk más szakorvost is. Bármilyen felmerülő kérdésre a szülőszoba személyzete készséggel ad további felvilágosítást. Intézetünkben 24 órás gyermekgyógyász (neonatólógus) szolgálat működik.

A fenti tájékoztatást elolvastam, azt megértettem, tudomásul vettem. Tájékoztattak arról, hogy a fentiekben csak a fontosabb kezelési módokat említették meg.

Módomban állt a szövődményekkel és a felmerülő kezelési eljárásokkal kapcsolatban további kérdéseket feltenni. Ezzel a lehetőséggel éltem, kérdéseimre részletes, kielégítő választ kaptam, azt megértettem, tudomásul vettem. További kérdésem nincs. Ennél részletesebb tájékoztatást nem igénylek.

A szükségessé váló vizsgálatok, beavatkozások elvégzéséhez hozzájárulok.

Budapest, 2020. január 03.

.....  
a felvilágosítást és/vagy műtétet végző orvos

.....  
X Y  
vagy törvényes képviselő

A törvényes képviselő írta alá, mert a szülőnő kiskorú, vagy

.....  
A felvilágosítás ellenére sem egyezem bele a következőkbe, és ennek minden következményét vállalom:  
.....  
.....

.....  
X Y  
vagy törvényes képviselője

A törvényes képviselő írta alá, mert a szülőnő kiskorú, vagy .....

**Tájékoztató az ellátási költségekről**

Kedves Betegünk!

Név:	X Y	TAJ:	Vonalkód
------	-----	------	----------

E rövid tájékoztatót azzal a szándékkal nyújtjuk át, hogy az Ön számára szükséges egészségügyi ellátás vagy kórházi felvétel során azonnal értesüljön azokról a kérdésekről, amelyek ismerete fontos mind az Ön, mind az ellátást nyújtó egészségügyi személyzet számára. A tájékoztatóban foglaltak megértését kérjük, aláírásával szíveskedjék megerősíteni.

Intézetünkben a betegek ellátása egészségügyi szükségleteik szerint történik. Az azonnali, sürgős ellátásra szoruló betegek előnyt élveznek mind a vizsgálatok, mind a kezelések során.

Az intézményben érvényesülnek a betegek jogai. A betegjogok érvényesülését a kórtermekben kifüggesztett „Betegtájékoztató a betegek jogairól és kötelezettségeiről” megnevezésű dokumentum részletesen ismerteti az Ön által az egészségügyi ellátás során teljesítendő kötelezettségekkel együtt.

A betegek az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor kötelesek tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és az egészségügyi szolgáltató házirendjét.

Az ellátás során felmerülő költségek Önt terhelik, ha:

- nem Magyarországon élő magyar állampolgár, és nem rendelkezik TAJ kártyával, vagy
- olyan ellátást vesz igénybe, amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem térít meg.

TB finanszírozás alapján történő ellátás esetén részleges térítési díjat köteles fizetni az alábbi esetekben:

- beutaló-köteles, de beutaló nélkül, illetve a beutalási rendtől eltérően igénybevett ellátások során, az indokolt sürgősségi eseteket kivéve
- amennyiben az Ön kérésére az ellátást végző orvos eltér a finanszírozási, illetve vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól, és ez többletköltséget okoz
- a Kórház munkarendjétől eltérően történő orvosválasztás esetén
- az Ön kérésére egyéni igényei szerint nyújtott étkezés biztosítása esetén

Az államközi egyezmény alapján ellátott állampolgároknak csak akut esetben ingyenes az ellátása.

Az Európai Unió állampolgárai számára a biztosítási kártyájukon ill. az „E” jelű nyomtatványukon meghatározott ideig és mértékig ingyenes az ellátásuk.

Az államközi egyezmény alapján ellátott külföldi állampolgárok azonosítására feltétlenül szükséges az Útlevel szám. EU- s állampolgárok esetén a biztosítási kártya vagy az „E” nyomtatvány mellé a személyi igazolvány vagy útlevel is szükséges.

**Kérjük, ezeket készítse elő.**

Kérésére, – a kórházba történő felvételéről – az Ön országának budapesti diplomáciai képviselőjét értesítjük.

Kérjük, hogy kórházi tartózkodása során

**ne dohányozzon**, mert a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően a Kórház egész területén TILOS a dohányzás!  
**mobil telefonját a tiltó táblákkal ellátott helyen ne használja.**

**értéktárgyaira, pénzére ügyeljen**, a kórház csak a letétbe helyezett értékekért vállal felelősséget.

**jelezze, ha tiltani kívánja, hogy gyógykezelése tényéről bármilyen információt más személy részére megadjunk.**

Kérjük, hogy intézetünkbeli való távozás napján – a következő beteg fogadása érdekében – **10 óráig** a kórtermet elhagyni szíveskedjék.

Ha az ellátással vagy betegjogai érvényesülésével kapcsolatban panasza van, észrevételezheti a szervezeti egység vezetőjénél, a főigazgató főorvos úrnál és a kórházban működő betegjogi képviselőnél egyaránt.

Amennyiben a Kórház házirendjében foglaltakat illetőleg a vonatkozó jogszabályi rendelkezéseket nem tartja be, úgy a Kórház dolgozói jogosultak Önnel szemben a megfelelő intézkedéseket megtenni (többek között a házirendet vagy jogszabályt sértő tevékenység abbahagyására felszólítani, illetékes hatóságokhoz fordulni, egészségügyi ellátását az Ön felelősségére végezni vagy végső esetben egészségügyi ellátását megtagadni).

*Tájékoztatjuk*, hogy a hatályos jogszabályoknak megfelelően a fekvőbeteg (vagy kúraszerű) ellátása ideje alatt más egészségügyi szolgáltatónál (házi orvosnál sem) **nem vehet igénybe** semmilyen szolgáltatást, *kivéve*, ha azt a kórházi kezelőorvos szabályos beutalóval kéri.

Reméljük, e rövid tájékoztatóval hozzájárultunk ahhoz, hogy Ön – a lehetőségek szerint – eligazodjon Intézetünkben, és jól érezze magát ideiglenes környezetében.

Budapest, 2020. január 03.

beteg, vagy betegkísérő aláírása

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: Dr. XY Oxxxxx)







## SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ

Cím: 1115 Budapest, Tétényi út 12-16.  
Tel.: (1) 464-8600 Fax: (1) 203-3645

www.szentimrekorhaz.hu e-mail: info@szentimrekorhaz.hu



A Tanúsítvány regisztrációs száma:  
01-16281/15-11164  
MSZ EN ISO 9001:2009  
(ISO 9001:2008)  
HU-MSZT-503/0910(3)-831(3)

OEP KÓD: 010110401  
Tel.: (06-1) 464-8600/8736

### Szülészeti Osztály

Osztályvezető főorvos: Dr. med. habil. Sziller István

## IGAZOLÁS

Igazolom, hogy X Y (TAJ: xxx xxx xxx szül.: X Y, Budapest, 1990.01.01.) a jogszabályokban előírtaknak megfelelően terhesgondozáson részt vett. A szabályok 4 alkalmat tesznek kötelezővé, így megjelenés 4 alkalommal bizonyosan megtörtént.

Budapest, 2020. január 03.

.....  
Dr. X Y  
Oxxxxx



## SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ

Cím: 1115 Budapest, Tétényi út 12-16.  
Tel.: (1) 464-8600 Fax: (1) 203-3645

www.szentimrekorhaz.hu e-mail: info@szentimrekorhaz.hu



A Tanúsítvány regisztrációs száma:  
01-16281/15-11164

OEP KÓD: 010110401  
Tel.: (06-1) 464-8600/8736

### Szülészeti Osztály

Osztályvezető főorvos: Dr. med. habil. Sziller István

## IGAZOLÁS

Igazolom, hogy X Y (TAJ: xxx xxx xxx, szül.: X Y, Budapest, 1990.01.01.) a jogszabályokban előírtaknak megfelelően terhesgondozáson részt vett. A szabályok 4 alkalmat tesznek kötelezővé, így megjelenés 4 alkalommal bizonyosan megtörtént.

Budapest, 2020. január 03.

.....  
Dr. X Y

Oxxxxx