

## VASZARY KOLOS KÓRHÁZ, ESZTERGOM

### Általános betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat kórházi kezeléshez

Beteg neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tisztelt Betegünk!

Az alábbiakban, az 1997. évi CLIV. (továbbiakban: Eütv.) alapján tájékoztatjuk Önt Kórházunk betegellátás során alkalmazott eljárásrendjéről.

A beteg - egészségi állapotától függően - a felvételekor, illetőleg az ellátás előtt Kórházunk tájékoztatja a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről, illetve a gyógyintézet házirendjéről.

**Tájékoztatjuk**, hogy a kifüggesztett Házirend betartása kötelező akár ambuláns, akár Kórházunk bármely osztályára felvett betegként tartózkodik Kórházunkban. A Házirend be nem tartásából eredő minden következmény Önt terheli!

**Tájékoztatjuk**, hogy felvétele és betegellátása során a Kórházunk tudomására jutott személyes és egészségügyi adatait az Eütv. és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, valamint az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezéseinek megfelelően kezeljük, és őrizzük.

**Tájékoztatjuk**, hogy az Ön ellátásában résztvevő személyeket orvosi titoktartási kötelezettség terheli.

**Tájékoztatjuk**, hogy Önnek joga van a készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatokat megismerni és arról tájékoztatást kérni.

Az egészségügyi dokumentáció a Kórház, míg a benne szereplő adatok az Ön tulajdona. Joga van az egészségügyi dokumentációba betekinteni, arról kivonatot vagy másolatot készíteni, vagy saját költségén másolatot kapni. Tájékoztatjuk, hogy joga van a Kórházból történő elbocsátásakor zárójelentést kapni, és egészségügyi adatairól indokolt célra – saját célra - összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt kapni. Tájékoztatjuk, hogy joga van az Ön által pontatlannak, vagy hiányosnak vélt egészségügyi dokumentáció kiegészítését vagy kijavítását kezdeményezni. Tájékoztatjuk, hogy joga van az adott betegséggel kapcsolatos egészségügyi ellátásának ideje alatt más személyt írásban, 2 tanú vagy ügyvéd előtt meghatalmazni az egészségügyi dokumentációba történő betekintésre, vagy azokról másolat készítésére vagy kikérésére, az egészségügyi ellátásnak befejezését követően is. A beteg életében, illetőleg halálát követően házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére, valamint élettársa - írásos kérelme alapján - akkor is jogosult az egészségügyi adat megismerésére, ha

a) az egészségügyi adataira

aa) a házastárs, az egyeneságbeli rokon, a testvér, illetve az élettárs, valamint leszármazóik életét, egészségét befolyásoló ok feltárása, illetve

ab) az aa) pont szerinti személyek egészségügyi ellátása céljából van szükség; és

b) az egészségügyi adat más módon való megismerése, illetve az arra való következtetés nem lehetséges.

Kórházunk eljárása a beteg halála esetén: a beteg törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse - írásos kérelme alapján - jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról kivonatot, másolatot készíteni vagy saját költségére másolatot kapni.

**Tájékoztatjuk**, hogy Önnek joga van teljes körű tájékoztatáshoz, a diagnózisról (betegsége, kórisme), prognózisról és a terápiás (gyógyító) ellátásról. Önnek joga van ahhoz, hogy részletes tájékoztatást kapjon:

a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,

b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,

- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, szövődményeiről,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- h) a további ellátásokról, valamint
- i) a javasolt életmódról.

A fentiekre vonatkozó részletes, egyéniesített teljeskörű tájékoztatást írásban, kezelőorvosa fogja Önnek megadni írásban és szóban, folyamatosan.

**Tájékoztatjuk**, hogy miután az Ön betegségét diagnosztizálta Kórházunk, azt követően Önnek joga van arról nyilatkozni, hogy betegségről, annak várható kimeneteléről kiknek adható felvilágosítás, illetve kiket zár ki egészségügyi adatainak részleges vagy teljes megismeréséből.

Az Ön egészségügyi adatait hozzájárulása hiányában is közölni kell, amennyiben ezt

a) törvény elrendeli,

b) mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi (pl.: fertőző betegség).

Tájékoztatjuk, hogy Önnek joga van megnevezni azt a személyt, akit fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő elhelyezéséről, betegségről, egészségi állapotának alakulásáról személyesen értesíthetünk, illetve joga van bármely személyt ebből kizárni. Az Ön által megnevezett személyt a Kórház köteles értesíteni az Ön elhelyezéséről és annak megváltoztatásáról, valamint egészségi állapotának jelentős mértékű változásáról. Ezt a nyilatkozatot csak cselekvőképes beteg teheti meg.

**Tájékoztatjuk**, hogy Ön, mint beteg - amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi - köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint az alábbiak szerint együttműködni:

a) tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,

b) tájékoztatni őket - saját betegségével összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,

c) megnevezni azon személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphatta, illetve akiket megfertőzhetett,

d) tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról,

e) a gyógykezelésével kapcsolatban tőlük kapott rendelkezéseket betartani,

f) a gyógyintézet házirendjét betartani,

g) térítési díjat megfizetni,

h) jogszabályban előírt személyes adatait hitelt érdemlően igazolni.

**Tájékoztatjuk**, hogy Ön és hozzátartozói jogaik gyakorlása során kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait és ezen jog gyakorlása nem sértheti az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait.

**Tájékoztatjuk**, hogy Ön jogosult az egészségügyi ellátással kapcsolatban a Kórháznál, illetve fenntartójánál panaszt tenni.

**Tájékoztatjuk**, hogy Kórházunkban betegjogi képviselő működik:

**Dr. Juhász Andrea betegjogi képviselő.**

Munkaidőben elérhető telefonszáma: 06-20/48-99-554 hétfő-csütörtök: 8:00 - 16:30; péntek: 8:00 - 14:00

Fogadó óra: hónap 1. szerdája 11:30 - 14:30, hónap 3. szerdája: 9:00 - 11:00

Tartózkodási helye: Vaszary Kolos Kórház, Igazgatóság épület - tárgyaló

Levelezési címe: 2500 Esztergom, Petőfi Sándor u. 26-28.

A fenti elérhetőségek sikertelensége esetén az IJSZ zöldszáma hívható: 06/80/620-055.

**Tájékoztatjuk**, hogy az Ön további jogai:

- Az egészségügyi ellátáshoz való jog
- Az emberi méltósághoz való jog
- A kapcsolattartás joga

- Az önrendelkezéshez való jog
- Az ellátás visszautasításának joga
- Az orvosi titoktartáshoz való jog

**Tájékoztatjuk**, hogy amennyiben Ön az egészségügyi ellátásába/kórházi kezelésébe nem kíván beleegyezni, ezt a BNY – 2/1. számú nyomtatványon jelentheti ki, amelyet felvételekor kérnie kell.

**Tájékoztatjuk**, hogy amennyiben a beteg szállításra szorul, de egészségi állapota nem indokolja mentés igénybevételét, az egészségbiztosítás keretében orvosi vizsgálatra vagy gyógykezelésre, illetve egészségügyi intézményből a beteg otthonába szállítás céljából vehető igénybe a betegszállítás térítésmentesen, amennyiben a beteg

- csak speciális testhelyzetben szállítható, vagy
- mozgásában korlátozott, járóképtelen, vagy egészségi állapota nem teszi lehetővé tömegközlekedési vagy más szokásos közlekedési eszköz használatát, vagy
- fertőzésveszély vagy kóros magatartása miatt közforgalmú járművet nem vehet igénybe, vagy
- ellátásának eredményességét tömegközlekedési vagy más szokásos közlekedési eszköz hiánya vagy annak igénybevételéből eredő késelem vagy más tényező veszélyeztetné.
- a beutalása szerinti intézményben elvégzendő ellátásra – az egészségi állapota miatti – szállítása másként nem oldható meg,
- a szállítás művesekezelés, sugárterápiás kezelés, vagy kemoterápiás kúraszerű kezelés céljából történik.

**Tájékoztatjuk**, hogy a gyógyintézet elhagyásának joga kizárólag saját felelősségre történik, amennyiben azzal mások testi épségét, egészségét nem veszélyezteti. E jog csak törvényben meghatározott esetekben korlátozható. A Kórház a rövid eltávozás esetén is (pl.: dohányzás vagy bevásárlás) kizárja felelősségét, amennyiben az eltávozását kezelőorvosának nem jelenti be és ez az egészségügyi dokumentációban nem szerepel. Cselekvőképtelen beteg esetében, Kórházunk elhagyása tényéről a törvényes képviselőt értesítjük.

**Tájékoztatjuk**, hogy Kórházunk a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény rendelkezéseinek megfelelően kijelölt dohányzóhelyeket tart fenn, melynek pontos helyéről –kérésére – az Önt felvevő Osztály munkatársaitól kap felvilágosítást.

**Tájékoztatjuk**, hogy a vizsgálat és az azt követő egészségügyi eljárás térítési díját meg kell térítenie, amennyiben az Egészségbiztosítási Alapon keresztül az nincs biztosítva, és a vizsgálat eredménye alapján sürgős szükség nem áll fenn.

**Tájékoztatjuk**, hogy hogy minden diagnosztikus, műtéti, terápiás beavatkozás előtt egyéniesített, teljes körű tájékoztatást ad a Kórház kezelőorvosa. Ez alapján, mint teljes mértékben tájékoztatott beteg, élhet önrendelkezési jogával és minden diagnosztikus, műtéti, terápiás beavatkozás előtt beleegyező/elutasító nyilatkozatot kell megismernie és aláírnia.

Alulírott kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást megértettem, kérdéseket tehettem fel, azokra kielégítő válaszokat kaptam. Betegségemmel kapcsolatos tájékoztatásomra vonatkozóan kijelentem, hogy **(a választottat kérjük bekarikázni)**:

*A.) aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, a döntéseket kezelőorvosaimra bízom.*

*B.) tanúsítom, hogy orvosaim betegségem természetéről, mely kórisme szerint (magyarul) ..... megfelelően felvilágosítottak.*

*Felvételemkor teljes körű tájékoztatást kaptam a lehetséges kezelési módokról. Kérdéseket tehettem fel és azokra kielégítő válaszokat kaptam. Részletesen elmagyarázták az ezek közül választott, rajtam végrehajtandó kezelés módját. Ismertetést kaptam a kezelés legfontosabb szövődményeiről, melyek:*

.....

Tudomásul veszem, hogy rendkívüli, nem várható szövődmények esetében csak azok folyamatában kaphatok tájékoztatást.

Betegségem, állapotom felderítése érdekében – kezelő orvosom javaslatára – más orvosok által történő vizsgálatba is beleegyezem, és hozzájárulok ahhoz, hogy a testemből diagnosztikus vagy gyógyítási célra kivett szövetmintákat, testnedveket megvizsgálják, majd ezt követően megsemmisítsék.

A vizsgálatba és a kezelésbe a megfelelő tájékoztatás megértése után minden kényszer nélkül alapvetően beleegyezem, de a kezelésem alatt alkalmazandó eszközös diagnosztikus és terápiás beavatkozásokról tájékoztatást kérek és ennek elvégzését külön beleegyezési nyilatkozathoz kötöm.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a kezelésem során szerzett tapasztalatokat orvosaim tudományos célból felhasználhatják.

Tudomásul veszem, hogy a felvételt végző orvosom általános állapotfelmérésem során állapotomat

- 1.) **normál;** 2.) **mérsékelten fokozott;** 3.) **rendkívüli kockázatokkal járónak**  
4.) **életveszélyesnek tartja.**

Tudomásul veszem, hogy a felvételt végző orvosom az egyéni kockázatelemzés alapján állapotomat egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés kialakulásának szempontjából

- 1.) **alacsony;** 2.) **közepes;** 3.) **magas kockázatúnak tartja.**

C.) A gyógykezelésemet nem kívánom igénybe venni, erről az erre szolgáló dokumentumban külön nyilatkozom. (BNY – 2/1.)

#### **Hozzá tartozóim tájékoztatásáról az alábbiakat rendelem (kérjük a választottat bekarikázni):**

- a.) Az alább megnevezett hozzátartozó(i)mat a betegségről teljes körűen tájékoztassák.  
b.) Az alább megnevezett hozzátartozó(i)mat csak az aktuális állapotomról tájékoztassák.  
c.) Az alább megnevezett hozzátartozó(i)mat kérésükre se tájékoztassák.  
d.) Hozzá tartozóim közül csak halálom esetén tájékoztassanak bárkit.  
e.) A tájékoztatás köréről és mértékéről nem kívánok rendelkezni, azt kezelő orvosaim belátására bízom.

Esztergom,

.....  
felvevő vagy osztályos orvos

.....  
beteg, vagy törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név	Név
Lakcím	Lakcím
Anyja neve	Anyja neve
Aláírás	Aláírás

A beteg öntudatlansága, illetőleg súlyos életveszélyes állapota miatt a nyilatkozatot aláírni nem tudja.

Esztergom,

.....  
felvevő vagy osztályos orvos

.....  
beteg hozzátartozója, vagy törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név	Név
Lakcím	Lakcím
Anyja neve	Anyja neve
Aláírás	Aláírás

Ezen általános beteg tájékoztatót a beteg nem vette át, amely tény a kezelőorvos az orvosi dokumentációban feltüntet.

Esztergom,

.....  
felvilágosítást adó / kezelőorvos

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név	Név
Lakcím	Lakcím
Anyja neve	Anyja neve
Aláírás	Aláírás

## VASZARY KOLOS KÓRHÁZ, ESZTERGOM

### Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat műtéthez / orvosi beavatkozáshoz

Beteg neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Önnek érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket azért, hogy megfelelő tájékoztatásra alapozott döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, gondosan olvassa el az alábbi tájékoztatót, amellyel segítséget szeretnénk lenni abban, hogy kellően részletes ismeretekkel rendelkezzen a betegségéről, a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és lehetséges szövődményeiről.

A műtétet / beavatkozást indokoló kórisme:

.....

Javasolt gyógymód / tervezett műtéti beavatkozás:

.....

A tervezett beavatkozás leírása:

Indoka, célja: .....

Várható következményei, szövődményei: .....

A beavatkozás elmaradásának várható következményei: .....

Más lehetséges kezelési eljárások: .....

Ezen eljárások előnyei: .....

Ezen eljárások hátrányai: .....

Alulírott kijelentem, hogy egészségi állapotomról, beleértve annak orvosi megítélését is-, a beavatkozás természetéről és céljáról-, a várható előnyökről és a beavatkozással járó kockázatról-, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről megfelelő írásbeli és kellően részletes kiegészítő szóbeli tájékoztatást kaptam.

Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye. Tudomásul veszem, hogy megfelelő gondossággal és a szakma szabályai szerint végzett beavatkozások esetén is felléphetnek előre nem látható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül érintik egészségi állapotomat. Azt is tudomásul veszem, hogy a teljes körű, minden apró részletre kiterjedő tájékoztatásom nem lehetséges, így nem is elvárható.

Elfogadom, hogy az igen ritka, az esetek 2-3 %-nál kisebb arányú kockázatainak összességére az nem terjed ki.

Tudomásul veszem, hogy a felvételt végző orvosom általános állapotfelmérésem során a

- 1.) normál; 2.) mérsékelten fokozott; 3.) rendkívüli kockázatokkal járó betegnek tart.
- 4.) állapotom életveszélyes

Beleegyezésemet ennek tudatában adom meg.

A műtét kényszerhelyzetből adódó változtatásához, a beavatkozás orvosilag indokolt, előre nem látható ok miatti kiterjesztéséhez hozzájárulásomat adom.

Hozzájárulok ahhoz, hogy szakmailag indokolt esetben a műtėti területről vagy a műtėti készítményről, kizárólag tudományos célzattal, videó-, vagy fényképfelvétel készüljön, amennyiben a személyazonosság azonosításának lehetősége garantáltan kizárt.

Betegségem, állapotom felderítése érdekében – kezelő orvosom javaslatára – más orvosok által történő vizsgálatba is beleegyezem, és hozzájárulok ahhoz, hogy a testemből diagnosztikus vagy gyógyítási célra kivett szövetmintákat, testnedveket megvizsgálják, majd ezt követően megsemmisítsék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy-eredmény kedvezőtlen alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A felvilágosítást megértettem, azt elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek, egyéb kérdésem nincs.

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, amely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Esztergom,.

.....  
felvilágosítást adó orvos

.....  
beteg  
vagy

.....  
törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

A beteg öntudatlansága, illetőleg súlyos életveszélyes állapota miatt a beleegyező nyilatkozatot aláírni nem tudja.

Tanúk:

Név: .....

Lakcím: .....

Név: .....

Lakcím: .....

## VASZARY KOLOS KÓRHÁZ, ESZTERGOM

### Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat műtéti érzéstelenítéshez

Kedves Betegünk!

A fájdalmas vizsgálatokat, beavatkozásokat, műtéteket érzéstelenítés alatt végezzük. A következőkben röviden ismertetjük az érzéstelenítés különböző módjait. Természetesen teljességre nem törekedhettünk, az Ön számára fontos kiegészítéseket az aneszteziológus orvos személyesen fogja elmondani Önnek. Kérjük kérdezzen, ha bármilyen, az érzéstelenítéssel kapcsolatos kérdése merül fel!

A műtéti érzéstelenítésre megelőző aneszteziológiai vizsgálat után kerül sor, ami tervezett esetekben az aneszteziológiai szakrendelésen, sürgős műtétek esetén a betegágy mellett történik. Az előkészítést szolgáló gyógyszereket (nyugtató, fájdalomcsillapító) általában már a kórteremben megkapja, tablettá formájában. Amennyiben korábban erre nem kerül sor, az ébredő helyiségben vagy a műtőben a kéz vagy az alkar vénájába vénakanült helyezünk be, amin át gyógyszereket és infúziót tudunk adni. A szervműködések ellenőrzése (monitorizálás) céljából a testére érzékelőket helyezünk. Ez után végezzük el az Önnel korábban megbeszélt aneszteziológiai beavatkozást.

**Altatás („általános érzéstelenítés”):** Az altatószert vénás úton, az altatógázokat maszkkal, vagy – az elalvást követően – a légsőbe vezetett tubussal juttatjuk a szervezetbe. Az érzéstelenítés az egész testre kiterjed. Mélyalvás-szerű állapot jön létre, melyben a fájdalomérzés megszűnik. Az altatásnak többféle formáját alkalmazzuk, hogy melyiket, az legfőképpen az Ön általános állapotától és a műtét, beavatkozás típusától függ. A legtöbb esetben mesterséges lélegeztetést alkalmazunk, gondoskodunk a megfelelő oxigénellátásról, ami többféleképpen történhet: száj és arc fölé helyezett maszkon keresztül, a légsőbe helyezett légsőtubuson keresztül (intubálás), a gégefedő fölé helyezett gégemaszkon keresztül (un. laryngealis maszk). Ezekre a beavatkozásokra már az altatás után kerül sor. Gyakran van szükség a vázizomzat ellazítására (relaxáció), ami megkönnyíti az intubálást, a lélegeztetést és a műtéti feltárást.

**Vezetékes érzéstelenítés:** Helyi érzéstelenítő szert juttatunk az ideg(ek)hez, amely azt a testtájékot látja el, ahol a beavatkozás történik. Ezáltal elalvás nélküli érzéstelenítés jön létre. Ha Ön számára a műtéti környezet zavaró és az állapota is megengedi, kérésre vénás altatószert adunk, amellyel enyhe szendergést hozunk létre. Ezek a beavatkozások esetenként kisebb megterhelést jelentenek a szervezetnek, mint az altatás, és a műtét utáni fájdalommentesség is tovább tarthat, általában hamarabb lehet étkezni.

A végtagok műtétjeihez végzett **regionális érzéstelenítés** során leggyakrabban a nyakon, a hónaljárokban, a lágyékhajlatban, a tomportájon, a térdhajlatban futó idegek mellé beszúrt tűn keresztül adunk érzéstelenítőszert, ami a végtag elzsibbadását és fájdalommentességét eredményezi.

A köldök alatti és alsó végtagi műtétekhez végezhető az un. **gerincvelőközei érzéstelenítés**. Ilyenkor a deréktáji hát megsúrásával juttatjuk be az érzéstelenítő szert. Ennek hatására a szúrástól lefelé teljes fájdalommentesség alakul ki, az izomerő gyengül, a műtéttel együtt járó nem fájdalmas ingereket (le mosás, nyomás, húzás) érezheti. Gyakran fordul elő átmeneti vérnyomásesés, ami szédüléssel, hányingerrel járhat, de gyógyszeresen gyorsan kezelhető. Az érzéstelenítés elmúltáig az alsó végtagjait nem fogja tudni mozgatni, ezért addig az ágyból nem kelhet fel. **Spinális** érzéstelenítéskor a gyógyszert egy adagban juttatjuk be egy vékony tűn keresztül az agyvíztérbe. **Epidurális** érzéstelenítéskor az agyhártyarétegek közé vezetünk be egy kis katétert, és azon adjuk az érzéstelenítőt. Ez a katéter szükség esetén hosszabb ideig is benn maradhat, így azon folyamatosan vagy időszakosan tudunk adni a fájdalmat csillapító gyógyszert.

**Az érzéstelenítési eljárók veszélyei:** Sajnos minden beavatkozás, így az érzéstelenítés is, szövődeményekkel járhat. Ennek megelőzéséért mindent megteszünk. A modern érzéstelenítési eljárásokat korszerű



gyógyszerekkel és műszerekkel végezzük, hogy csökkentjük a veszélyt, azonban a legnagyobb gondosság mellett sem kerülhetők el teljesen a szövődmények. A ritkán előforduló súlyos szövődmények esetén szorosabb megfigyelésre, esetleg speciális intenzív osztályos ellátásra lehet szükséges.

### **Aneszteziológiai beavatkozások mellékhatásai, szövődményei:**

Gyakori: műtét utáni fájdalom, hányinger-hányás, átmeneti zavartság, szédülés, remegés.

Ritkábban: szív- és keringési elégtelenség, szívritmuszavar, elmozduló vérrög miatti érelzáródás (embolia), agyi keringési zavar (stroke). Vénagyulladás, vérömleny a vénaszúrás helyén. Gyógyszerérzékenységi (allergiás) reakció. Nagyon ritkán: szívleállás, halál.

Altatás speciális szövődményei: torokfájás, ritkán maradandó hangképzési zavarral járó gégeskárosodás. Fogak ill. szájüreg sérülése. Légútbiztosítási nehézség, ami súlyosabb esetben a légutak sérüléséhez, nagyon ritkán oxigénhiányos agykárosodáshoz, esetleg halálhoz vezethet. Váladék- vagy hányadékbelehellés, következményes tüdőkárosodás. Légutak görcsszerű elzáródása. Műtét alatti ébrenlét. Szemsérülés. Bizonyos izombetegségek esetén nagyon ritkán a testhőmérséklet extrem emelkedése fordulhat elő, ami kezelés ellenére is halálhoz vezethet.

Gerincvelőközeli érzéstelenítés szövődményei: fejfájás, átmeneti vizeletürítési nehézség. Nagyon ritkán: vérzés vagy fertőzés a gerinccsatornában, bénulás.

Regionális érzéstelenítés szövődményei: ideg- vagy érsérülés, helyi fertőződés, légmell.

Természetesen minden lehetséges mellékhatást, szövődményt nem lehet itt felsorolni. Az Ön állapotából, betegségéből eredő egyedi kockázatbecslésről a tájékoztatását végző orvos ad szóbeli felvilágosítást.

**Az érzéstelenítés módjának kiválasztása:** Az altatóorvos az összes körülmény figyelembe vételével az Ön számára legmegfelelőbb érzéstelenítési módot fogja ajánlani. Amennyiben az Önnek nem megfelelő és szakmailag ez lehetséges, az Ön által kívánt módot fogjuk választani, de ennek tényét írásban rögzíteni kell.

### **Kérjük, az érzéstelenítés előtt saját érdekében ügyeljen a következőkre:**

Hat órával az érzéstelenítés előtt ne étkezzen, ne igyon, ne dohányozzon! Kivehető fogprotézisét, kontaktlencséjét, test-/ékszereit, óráját távolítsa el. Mossa le a körömlakot, szemfestéket. Betegségeiről, rendszeresen szedett gyógyszereiről, gyógyszerérzékenységről az altatóorvost tájékoztassa, az erre vonatkozó orvosi dokumentumokat hozza magával.

Jelen tájékoztató elolvasása után további kérdéseit az aneszteziológus orvosnak tegye fel.

## **NYILATKOZAT**

**BNY-21.**

Beteg neve: Szül. idő: TAJ :

Ezen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy Dr. .... a mai napon megvizsgált, részletesen tájékoztatott az egészségi állapotomról, a javasolt aneszteziológiai beavatkozásokról, ezek elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásairól, az esetleges szövődményekről, azok előfordulási gyakoriságáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről. Az érzéstelenítés lényegét, a kapott tájékoztatást megértettem, lehetőségem volt kérdéseket feltenni, azokra kielégítő válaszokat kaptam.

Míndekek alapján kijelentem:

Beleegyezem a szükséges aneszteziológiai kezelésbe, az ahhoz szükséges egyéb beavatkozásokba, a kezelések orvosilag indokolt megváltoztatásába ill. kiterjesztésébe.

Beleegyezek az aneszteziológus által javasolt érzéstelenítési eljárásba: .....

Tájékoztatót kaptam arról, hogy az érzéstelenítés utáni 24 órában a kórházat csak kísérővel hagyhatom el, gépjárművet nem vezethetek, balesetveszélyes géppel, háztartási eszközzel nem dolgozhatok, alkoholt nem fogyaszthatok, altató, nyugtató hatású gyógyszert csak orvosi utasításra kaphatok. Ezen időben nem tanácsos jogi döntések meghozatala, okiratok, szerződések aláírása.

Esztergom,

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....  
beteg aláírása

Törvényes képviselő/cselekvőképtelen beteget képviselő hozzátartozó:.....

Ragazskodom ahhoz, hogy műtétemet/vizsgálatomat kizárólag .....

végezhetik el. Ebből a döntésemből eredő következményekért a felelősséget vállalom.

.....  
beteg aláírása

A beteg egészségi állapota következtében beleegyző nyilatkozat megtételére nem képes és a tervezett beavatkozás késedelmes elvégzése a beteg egészségi állapotának súlyos vagy maradandó károsodásához vezetne.

.....  
orvos aláírása

A beteg a tervezett aneszteziológiai beavatkozásba szóban beleegyezett, de írásbeli nyilatkozatot tenni nem képes.

Tanú:

Tanú:

**VASZARY KOLOS KÓRHÁZ, ESZTERGOM****TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT NŐGYÓGYÁSZATI MŰTÉTHEZ/ORVOSI  
BEAVATKOZÁSHOZ****A MÉH FÜGGELÉKEIN VÉGZETT HASI MŰTÉTEK**

Beteg neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Legközelebbi hozzátartozó: Elérhetősége:

**Tisztelt Betegünk!**

Tájékoztatjuk Önt, hogy kivizsgálása, kezelése, ill. mielőbbi gyógyulása érdekében a petefészek, ill. a petevezető hasi úton történő műtétje szükséges, ami szakmailag megalapozott, az Ön mielőbbi szövődménymentes gyógyulását leginkább elősegítő megoldás. A Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy – mindent mérlegelve – dönthessen, és beleegyző nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) szóban személyre szabott részletes tájékoztatást ad, ami az Ön számára szükséges, érthető, és állapotában megfelelő.

**A beavatkozás jellege**

A petefészek és a petevezetők (továbbiakban: függelékek) elváltozásai rendkívül sokszínűek, és azok műtéti kezelése is változatosak. Azért ajánljuk fel a has megnyitásával járó módszert, mert így lehet a függelékek elváltozását a legtökéletesebben, a legkevesebb rizikóval ellátni, így várható az Ön teljes gyógyulása, vagy a betegsége terjedésének megállítása.

**A beavatkozás célja**

Jóindulatú betegségek esetében igyekszünk a legminimálisabb beavatkozással minél többet megőrizni az ép szövetekből. A beavatkozás mértékét és milyenségét a műtét kapcsán talált lelet határozza meg. Rosszindulatú betegségek esetében a szervek teljes eltávolítására törekszünk. Tehát műtét közben előfordulhat olyan észlelt helyzet is, hogy a méhével együtt mindkét oldali függelékét is el kell távolítani.

**Hogyan történik a beavatkozás**

Kivizsgálás után műtéti előkészítéssel esik át (beöntés, hashajtó, borotválás, infúzió, hólyag katéter). A műtét napjára a körömlakkot, műkörmöt, ékszert, kivehető fogat el kell távolítani. Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hasat megnyitjuk, a beavatkozás jellegéről és mértékéről műtét közben döntünk. A behatolás mikéntje az elváltozás természetétől, és az esetleges előzetes hasműtéti hegektől függ.

**A beavatkozás esetleges szövődményei**

A szövődmények gyakoriságát emelhetik bizonyos betegségek, élvezeti szerek fogyasztása, túlsúlyosság, előzményben szereplő műtétek és azok szövődményei. Ezekről feltétlenül tájékoztassa orvosát. Műtét alatt hasi szerv (húgyhólyag, húgyvezeték, bél) sérülése, melynek ellátása azonnal, még a műtét alatt megtörténik. Műtét alatti vérzés miatt vérkészítmény adására kényszerülhetünk. A rétegesen zárt hasfalban szükség esetén vékony csövet hagyhatunk vissza a felgyülemelő váladék utólagos levezetésére. Előfordulhat fertőzés, sebgennyedés, sebszétválás, vérömleny, vérszegénység, tartósabb ágyhoz kötöttség esetén tüdőgyulladás, vérrögösödés. A szövődmények elhárítására, ellátására és gyógyítására kórházunkban a feltételek biztosítva vannak.

## **Műtét utáni történések**

A műtét után visszakerül kórtermébe, súlyosabb állapot esetén a kórház Központi Intenzív Osztályára. Inni csak teljesen éber állapotban kap, enni csak a bélműködés megindulása után. A műtét után a belek renyhébben működnek, ritkán el is záródhatnak, ha ezt gyógyszerrel nem sikerül megoldani, újabb műtétre is sor kerülhet. Hólyag katéterét minimum 24 óráig fenn hagyjuk, a folyadékot állandó vénatűn keresztül pótoljuk. Műtét után láz léphet fel. Panaszmentesség esetén 5-7 nap múlva otthonába bocsátjuk.

## **Várható következmények**

Aktív korban visszahagyott méh és függelékek esetén havi vérzés jelentkezni fog, szexuális élete nem szenved zavart, a teherbeesési esélyeiről tájékoztatjuk. A műtét után gyógyszerrel csillapítható hasúri fájdalmak léphetnek fel, ezek később enyhülnek, szűnnek. Később letapadások alakulhatnak ki a hasban, amelyek időszakos fájdalommal járhatnak.

## **Lehetséges alternatív megoldások**

Azért ajánljuk Önnél ezt a műtét típusát, mert a haszon-kockázat határán belül ez a legelőnyösebb. Az egyéb alternatívák vagy nem jelentenek teljes megoldást, vagy nagyobb kockázattal járnak: petefészek ciszta leszívása, laparoszkópia, gyógyszeres kezelés.

## **Beavatkozás utáni teendők**

A műtét kapcsán eltávolított szöveteket szövettani vizsgálatra küldjük. Kérjük, hogy a szövettani vizsgálat eredményéért 6 hét múlva szíveskedjen megjelenni az osztályon. Az eredményt orvosával is beszélje meg. Műtét után 6 hét múlva kontroll vizsgálaton jelentkezzen, panasz esetén azonnal. Addig kímélő életmód, nemi élet tilalom javasolt.

## **A műtét elmaradásának következményei**

Az esetleg rémisztően ható szövődmények ellenére döntését az vezérelje, hogy az Ön gyógyulása érdekében történik minden, és sokkal nagyobb állapotjavulás várható, mint amekkora a kockázat. Fennálló panaszai tovább fokozódhatnak, teherbeesési esélyei csökkenhetnek, állandó fájdalmak alakulhatnak ki, az észlelt elváltozások tovább fejlődhetnek, további egészségromlás következhet be, esetleges rosszindulatú elfajulás is létrejöhet.

## **Beleegyezési nyilatkozat**

A hasi függelék műtétről a tájékoztatót elolvastam, az orvos szóbeli tájékoztatását megértettem, az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem és kérem annak elvégzését. **Alulírott kijelentem**, hogy egészségi állapotomról, beleértve annak orvosi megítélését is-, a beavatkozás természetéről és céljáról-, a várható előnyökről és a beavatkozással járó kockázatról-, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről megfelelő írásbeli és kellően részletes kiegészítő szóbeli tájékoztatást kaptam.

**Ismertették velem**, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

**Tudomásul veszem**, hogy megfelelő gondossággal és a szakma szabályai szerint végzett beavatkozások esetén is felléphetnek előre nem látható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül érintik egészségi állapotomat. **Azt is tudomásul veszem, hogy a teljes körű, minden apró részletre kiterjedő tájékoztatásom nem lehetséges, így nem is elvárható.**

Elfogadom, hogy az igen ritka, az esetek 2-3 %-nál kisebb arányú kockázatainak összességére az nem terjed ki.

**Tudomásul veszem, hogy a felvételt végző orvosom általános állapotfelmérésem során a**  
**1.) normál; 2.) mérsékelten fokozott; 3.) rendkívüli kockázatokkal járó betegnek tart.**  
**4.) állapotom életveszélyes.**

Beavatkozással kapcsolatos kérdések: .....

.....

Erre vonatkozó válaszok: .....

.....

**Beleegyezésemet ennek tudatában adom meg.**

A műtét kényszerhelyzetből adódó változtatásához, a beavatkozás orvosilag indokolt, előre nem látható ok miatti kiterjesztéséhez **hozzájárulásomat adom.**

**Hozzájárulok ahhoz, hogy szakmailag indokolt esetben a műtégi területről vagy a műtégi készítményről, kizárólag tudományos célzattal, videó-, vagy fényképfelvétel készüljön, amennyiben a személyazonosság azonosításának lehetősége garantáltan kizárt.**

Betegségem, állapotom felderítése érdekében – kezelő orvosom javaslatára – más orvosok által történő **vizsgálatba is beleegyezem, és hozzájárulok ahhoz, hogy a testemből diagnosztikus vagy gyógyítási célra kivett szövetmintákat, testnedveket megvizsgálják, majd ezt követően megsemmisítsék.**

**Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy-eredmény kedvezőtlen alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.**

**A felvilágosítást megértettem, azt elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek, egyéb kérdésem nincs.**

**A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, amely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes.**

**Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.**

Esztergom, @@sys\_dátum\_rövid

.....  
felvilágosítást adó orvos

.....  
beteg  
vagy

.....  
törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

**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 az életét veszélyezteti, vagy aránytalanul súlyos terhet, ill. maradandó károsodást okozhat, az elutasító nyilatkozatot két tanúnak az aláírásával is hitelesíteni kell).

Esztergom, @@sys\_dátum\_rövid.

.....  
felvilágosítást adó orvos

.....  
beteg  
vagy

.....  
törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

.....  
1. sz. tanú aláírása

.....  
lakcím

.....  
2. sz. tanú aláírása

.....  
lakcím

# VASZARY KOLOS KÓRHÁZ, ESZTERGOM

## TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT NŐGYÓGYÁSZATI MŰTÉTHEZ/ORVOSI BEAVATKOZÁSHOZ

### Laparoscopia (diagnosztikus)

Beteg neve: Születési idő: TAJ szám:  
Legközelebbi hozzátartozó: Elérhetősége:

#### Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy kivizsgálása, kezelése, ill. mielőbbi gyógyulása érdekében hastükrözés elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott, az Ön mielőbbi szövődménymentes gyógyulását leginkább elősegítő megoldás. A Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy – mindent mérlegelve – dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) szóban személyre szabott, részletes tájékoztatást ad, ami az Ön számára szükséges, érthető, és állapotában megfelelő.

**A beavatkozás célja:** Hasi fájdalom miatti kórok megállapító és szükség esetén műtéti beavatkozás. A beavatkozás módját és mértékét a műtét során talált lelet határozza meg. Jóindulatú betegség esetén a kóros képlet eltávolítása, illetve a kórállapot teljes megszüntetése mellett maximálisan törekszünk az ép szövetek megőrzésére. A műtét kiterjesztése (a méh és mindkét függelék, a nyirokcsomók és nyirokerek, valamint a cseplesz eltávolítása) a beavatkozás során észlelt elváltozások függvényében történik. Kiterjesztett műtét esetén hasműtetre térhetünk át.

**A beavatkozás technikája:** A műtét légcsővön keresztül végzett altatásban történik. A hasfal, a szeméremtest bőrét fertőtleníttjük; a húgyhólyagba állandó katétert helyezünk. A köldökben 1-2 cm-es metszést ejtünk és egy speciális tű, vagy trokár segítségével a hasüreget széndioxid-gázzal töltjük fel, amire a hasüregei képletek egymástól elválasztódnak. A köldökben ejtett nyíláson keresztül vezetjük be a tájékozódást biztosító optikai eszközt, a laparoszkópot. A szeméremtest felett, szükség szerint 2-3, egyenként 5-10 mm-es metszésből további eszközöket vezetünk a hasüregbe szem ellenőrzése mellett, amire a megfelelő feltáráshoz, a mintavételhez, illetve egyéb műtéti beavatkozás elvégzése céljából van szükség. **Tájékozódunk a hasüregben és a panaszainak szervi okát keressük. Pl. Endometriózis, összenövések, myoma, egyébbb hasi szerek rendellenességei.**

*Az ön esetében méhenkívüli terhesség alapos gyanúja miatt végezzük. Előfordulhat hogy petevezetővel együtt kell a méhenkívüli terhességet eltávolítani. Bevérzés és szövetroncsolódás esetén a műtétet tovább szükséges terjeszteni amiszévtávolításhoz vezethet pl: Petefészkek, méhkürtök és igen ritkán méh.* Az esetek egy részében, a műtét jellegétől függően a hasüregbe műanyag csövet rögzítünk, amit a műtét utáni napokban távolítunk el. A műtét időtartama általában 30-80 perc. Nagyobb beavatkozások, illetve előre nem látható okok miatt, ez az idő több órára is meghosszabbodhat. A műtét végén a széndioxidot kiengedjük a hasüregből és a hasfali metszéseket öltésekkel vagy ragasztással egyesítjük.

**A beavatkozás következményei:** Az egyik oldali petevezeték eltávolítása nem akadályozza meg a spontán fogamzás lehetőségét. Mindkét kürt eltávolítását követően természetes úton nem eshet teherbe. Egyoldali petefészkek-eltávolítás hormonális kiesést nem okoz. Mindkét oldali petefészkek eltávolítása hormonkiesési tüneteket okozhat a menopauza előtt, melyek azonban hormonpótló gyógyszerek adásával kivédhetőek. A petefészkek eltávolítása után előfordulhat, hogy szabad szemmel nem látható petefészekszövet marad vissza. Ez az úgynevezett „petefészkek-maradvány-szindróma” kismencedei fájdalom, igen ritkán daganatképződés forrása lehet.

**A beavatkozás veszélyei, lehetséges gyakoribb műtéti szövődmények:** A komplikációk számát emelhetik bizonyos betegségek, élvezeti szerek fogyasztása, soványság, túlsúlyosság, a kórelőzményben szereplő műtétek és azok szövődményei. Ezekről feltétlenül tájékoztassa kezelőorvosát. Az általános műtéti kockázat része a fertőtlenítéshez használt anyagokkal szemben jelentkező túlérzékenységi reakció; a húgyhólyag katéter alkalmazását követően kialakuló húgyúti fertőzés; az esetleges vérátömlesztést is szükségessé tevő nagyobb vérvesztés; az alkalmazott véralvadást gátló kezelés ellenére előforduló vérrögösödés (trombózis) és a véralvadék okozta keringés elakadás (embólia); a műtéti fektetésből adódó átmeneti perifériás idegsérülés; valamint előfordulhat hashártyagyulladás, sebgyógyulás, sebszétválás, vérömleny, vérszegénység. A sajátos műtéti technikából adódóan a laparoszkópos eszköz bevezetése során sérülhetnek a hasüregei szerek és a hashártya mögötti terület, valamint a tényleges beavatkozás során a belek, a

húgyhólyag, a húgyvezeték és a hasi erek. A behatolási helyeken sérv alakulhat ki. A ritkán előforduló szövődmények rendszerint már a hastükrözés során felismerésre kerülnek, ellátásuk a műtét kiterjesztését vonja maga után (áttérés nyitott hasi műtétre –szükség esetén középilonali hasmetszésből-; bélsérülés esetén az adott bélszakasz átmeneti kivezetése a hasfalon keresztül; érsérülés esetén a sérült szakasz pótlása protézissel). A töltőgáz alkalmazásával kapcsolatos szövődmény lehet a gázembólia, a légmell, az átmeneti hypercapnia (széndioxid feldúsulása a vérben), valamint a bőralatti szövetekben felgyülemelő széndioxid által okozott gázgyülem (subcutan emphysema). Ritkán előfordul, hogy a laparoszkópia műtéttechnikailag nem kivitelezhető (pl. előzetes műtétek után kialakult kiterjedt hasüregi összenövések miatt). Azt, hogy ilyenkor nyitott hasi műtétet végzünk, vagy eltekintünk a beavatkozástól, befolyásolja a beteg műtét előtt kikért ez irányú véleménye, kérése, valamint az adott betegség jellege is. Komplikáció esetén (erős vérzés, bélsérülés, hólyagsérülés) a műtétet hasi metszésből folytatjuk.

Endometriózis, illetve súlyos kismencedei gyulladás kezelése kapcsán gyakrabban fordul elő húgyhólyag, húgyvezeték és bélsérülés. A műtét közben felismert szövődmény miatt gyakrabban kell áttérni nyitott hasi műtétre. A sérülések egy része csak a műtét utáni időszakban válik felismerhetővé, ami ismételt beavatkozást tesz szükségessé. Ritka szövődmény (1:1000) a dermoid petefészek tömlő bennéke által okozott kémiai hashártyagyulladás, kezelése ismételt műtétet tehet szükségessé.

Csak kivételesen fordul elő, hogy a szövődmény nem ismerhető fel a műtéti beavatkozás idején (leggyakrabban a nagyfrekvenciás áramot használó sebészeti eszközök által okozott termikus károsodás – bél- és húgyvezeték sérülés – esetén fordul elő). Ezért, ha a műtétet követő napokban, otthonában erősebb hasi fájdalmat érez, hasa puffadni kezd, vagy lázas lenne, újrafelvétele válik szükségessé.

**A beavatkozás elmaradásának esetleges következményei:** A műtéti beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei betegségekől függően

- petefészek ciszta esetén: a ciszta megrepedése, akut vérzés, a petefészek végleges károsodása, kocsánycsavarodása; a ciszta/daganat rosszindulatú elfajulása
- gyulladás esetén: az egész hasüregre kiterjedő gyulladás
- endometriózis esetén: meddőség, fájdalom, kismencedei összenövések, petefészekciszta
- rosszindulatú daganatok esetén: a daganat terjedése, ami életet veszélyeztető állapotot idéz elő
- a kezdeti panaszok fennmaradása

**A műtét utáni időszak:** Ébredéskor lényeges fájdalmat nem fog érezni, amennyiben fájdalomcsillapítóra lenne szüksége, azt az osztályos nővértől kapja meg. Az ébredést követő néhány órán belül az infúziót megszüntetjük, majd az osztályos nővér tudomásával és segítségével felkelhet. Folyadékot fogyasztani és étkezni csak teljesen éber állapotban szabad. A műtét utáni időszakban jelentkező gyakoribb (általában 1-2 nap alatt spontán megszűnő) panaszok:

- Enyhe hányinger (a beavatkozás és/vagy altatás következménye);
- Fájdalom a vállakban és a nyakban, izomláz (a rekesz alatt meggyűlt széndioxid-gáz okozza);
- Fájdalom a hasfalban a laparoszkóp és/vagy segédeszközök bevezetésének a helyén;
- Kaparó fájdalom a torokban (a lélegeztető tubus bevezetésének következménye);
- Enyhe menstruációs görcsöknek megfelelő fájdalom az alhasban (a méhen, ill. annak környezetében végzett beavatkozás következtében);
- Néhány napig tartó kevés vérezgetés

## Beleegyezési nyilatkozat

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

**Alulírott kijelentem,** hogy egészségi állapotomról, beleértve annak orvosi megítélését is-, a beavatkozás természetéről és céljáról-, a várható előnyökről és a beavatkozással járó kockázatról-, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről megfelelő írásbeli és kellően részletes kiegészítő szóbeli tájékoztatást kaptam.

**Ismertették velem,** hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

**Tudomásul veszem,** hogy megfelelő gondossággal és a szakma szabályai szerint végzett beavatkozások esetén is felléphetnek előre nem látható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül érintik egészségi állapotomat. **Azt is tudomásul veszem, hogy a teljes körű, minden apró részletre kiterjedő tájékoztatásom nem lehetséges, így nem is elvárható.**

Elfogadom, hogy az igen ritka, az esetek 2-3 %-nál kisebb arányú kockázatainak összességére az nem terjed ki.

**Tudomásul veszem,** hogy a felvételt végző orvosom általános állapotfelmérésem során a

**1.) normál; 2.) mérsékelten fokozott; 3.) rendkívüli kockázatokkal járó betegnek tart.**

**4.) állapotom életveszélyes**

Beavatkozással kapcsolatos kérdések: .....

.....



Erre vonatkozó válaszok: .....

**Beleegyezésemet ennek tudatában adom meg.**

A műtét kényszerhelyzetből adódó változtatásához, a beavatkozás orvosilag indokolt, előre nem látható ok miatti kiterjesztéséhez **hozzájárulásomat adom.**

**Hozzájárulok ahhoz,** hogy szakmailag indokolt esetben a műtėti területéről vagy a műtėti készítményről, kizárólag tudományos célzattal, videó-, vagy fényképfelvétel készüljön, amennyiben a személyazonosság azonosításának lehetősége garantáltan kizárt.

Betegségem, állapotom felderítése érdekében – kezelő orvosom javaslatára – más orvosok által történő **vizsgálatba is beleegyezem,** és hozzájárulok ahhoz, hogy a testemből diagnosztikus vagy gyógyítási célra kivett szövetmintákat, testnedveket megvizsgálják, majd ezt követően megsemmisítsék.

**Tudomásul veszem,** hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy-eredmény kedvezőtlen alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

**A felvilágosítást megértettem, azt elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek, egyéb kérdésem nincs.**

**A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, amely megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes.**

**Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.**

Esztergom,

.....  
felvilágosítást adó orvos

.....  
beteg  
vagy

.....  
törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

**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 indokolt költségek megtérítésére.

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

Esztergom, .....év, .....hó, ....nap, ....óra, ....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos

.....  
beteg  
vagy

.....  
törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

.....  
1. sz. tanú neve és aláírása

.....  
lakcím

.....  
.....  
2. sz. tanú neve és aláírása

.....  
lakcím

## VASZARY KOLOS KÓRHÁZ, ESZTERGOM

### TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZÜLÉSZETI MŰTÉTHEZ/ORVOSI BEAVATKOZÁSHOZ

#### CSÁSZÁRMETSZÉS

Beteg neve:

Születési idő

TAJ szám:

Legközelebbi hozzátartozó: Elérhetősége:

#### **Tisztelt Betegünk!**

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 terhesség, ill. a szülés befejezésének azt a módját, amelynek során a természetes szülő utak megkerülésével, hasműtét útján hozzuk világra a magzatot, császármetszésnek nevezzük.

#### **A vizsgálat, beavatkozás, előkészítés menete**

##### **Előkészítés**

A műtőbe szállítás előtt a szeméremszőrét részlegesen leborotváltjuk, majd hólyag katétert vezetünk fel. Bal karjába infúziót kötünk be, amin keresztül adagoljuk a szükséges gyógyszereket, ily módon antibiotikumot adunk megelőzésként, ezen kívül kis mennyiségű savlekötőt is itatunk önnel.

A műtét gerinc közeli érzéstelenítésben, esetleg altatásban történik. Az érzéstelenítés lehetséges módozatairól, illetve az ön esetében tervezett eljárásról az altató orvos tájékoztatja.

Császármetszés esetén a bőrmetszés legtöbbször haránt irányú, ritkán hosszanti eseti elbírálás szerint. Életveszély elhárítása esetén gyakran hosszanti metszést ejtünk.

A műtét lényege, hogy a hasüreg feltárását követően a méhet borító hashártyát megnyitjuk, a méhnyakon harántmetszést ejtünk, majd a nyíláson keresztül kiemeljük a magzatot. Esetenként a méh testén hosszanti metszést ejtünk. A méh sebet összevarrjuk és a sebet hashártyával fedjük. Osztályunkon korszerű, szöveteket kímélő, kevés sérülést okozó sebészeti technikát alkalmazunk. A hasfalba esetenként vékony műanyag csövet helyezünk, hogy a sebváladék kiürülését biztosítsuk. Ezt általában a műtétet követő 1.-2. napon távolítjuk el. A bőrt varrattal, vagy kapsokkal zárjuk. Ezeket, *(ha szükséges)* az 5.-6. napon távolítjuk el.

#### **Vizsgálat, beavatkozás előnyei**

#### **A császármetszés javallati köre két fő csoportra tagozódik**

##### **1.) Életmentő javallat**

Minden olyan szövődmény, amely a terhesség, szülés alatt az anya vagy a magzat, vagy mindkettő életét közvetlenül fenyegeti (pld. elől-fekvő lepényből származó bő vérzés, méhrepedés veszélye, a köldökzsinór előesése, stb.). Ilyen esetekben a műtétet sürgősen altatásban végezzük. A császármetszést szükségessé tevő vérzés olyan fokú is lehet, különösen, ha véralvadási zavarral is párosul, hogy az anya életének megmentése érdekében a méhet is el kell távolítanunk.

**2.) Megelőző javallat** alapján akkor végzünk császármetszést, ha a meglévő, vagy fenyegető szövődménynek a kialakulását előzhetjük meg (pld. az anya súlyos szívbetegsége, magzati harántfekvés, téraránytalanság, stb.)

#### **A vizsgálat, beavatkozás kockázatai, szövődményei**

Szülészeti gyakorlatunk legfontosabb vezérfonala az a gondolat, amely szerint a császármetszés elsősorban megelőző jellegű műtét, a szövődmények megelőzésének leghatásosabb eszköze.

Mint minden műtėti beavatkozásnak, a császármetszésnek is van kockázata. Igen ritkán műtét közben előfordulhat a húgyutak, erek, belek sérülése, későbbiekben utóvérzés, gyulladás, vérrögösödés (trombózis, embólia).

Ezek a szövődmények igen ritkán fordulnak elő, elhárításukra, ellátásukra természetesen fel vagyunk készülve.

#### **A vizsgálat, beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai, szövődményei**

- **magzati:** különböző súlyosságú szülési sérülések, melyek átmeneti vagy tartós magzati egészségkárosodáshoz vezethetnek, (bénulások, szellemi és testi fogyatékoság), legsúlyosabb esetekben a magzat a szülés során elhalhat.
- **anyai:** méhrepedés, súlyos vérzések a szülés alatt, után, méheltávolítás válhat szükségessé, az anya is életveszélybe kerülhet.

#### **A vizsgálat, beavatkozás tervezett ideje**

A helyzet dönti el, sürgős esetben azonnal cselekszünk, a műtétet elvégezzük.

Elektív császármetszés - a meglévő anyai vagy magzati betegség, vagy elváltozás miatt előzetes ambuláns előkészítés és kivizsgálás után a szülés várható idejének közelében (38-39. terhességi hét) osztályunkra felvesszük.

#### **A vizsgálat, beavatkozás alternatív módszere**

A császármetszés relatív javallata esetében meg lehet szülni, de ez esetben az anya és / vagy a magzat elvesztéseivel, illetve egészségkárosodásával lehet számolni.

A vitális javallatkor császármetszés nélkül biztosan elveszítjük vagy az anyát, vagy a magzatot, esetleg mind a kettőt.

#### **A vizsgálat, beavatkozás várható kimenete, eredménye**

Egészséges újszülött és anya.

#### **A vizsgálatot, beavatkozást követő további esetleges ellátások, kezelések**

A műtétet követően 6 órás intenzív megfigyelés után az állapottól függően esetleg felkelhet, segítséggel zuhanyozhat. Az első napon bőségesen kap előbb folyadékot, majd diétás ételeket. Fájdalomcsillapítót tablettá formájában adunk. A műtét előtt felvezetett hólyag katétert 6-12 óra múlva távolítjuk el. A bélműködés biztosítása céljából a 2. napon végbélkúpot illetve este hashajtó tablettát kap.

**Tájékoztatjuk arról,** hogy osztályunkon történő kezelése során különböző **gyógyszerek, fertőtlenítő szerek, vérkészítmények** használatára kerülhet sor. Ez történhet a bőr felületén külsőleg alkalmazva, tabletták, kapszulák bevitelével, izomba, esetleg gerinccsatornába adott injekciókkal, ill. vénás infúzió útján. Állapota bizonyos esetekben vérátömlesztést tehet szükségessé. Kérjük, hogyha korábban bármilyen gyógyszer vagy kezelés hatására kóros reakció, allergia, ismeretlen eredetű rosszullet jelentkezett, feltétlenül hozza tudomásunkra.

**A kezelés célja** a javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, pillanatnyi állapotának, közérzetének javítása, fájdalomnak csillapítása, életfunkcióinak támogatása.

**A kezelés elmaradásakor várható** állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, esetleg életveszélyes szövődmények kialakulása.

### A kezelések lehetséges szövődményei

- Gyógyszer bevételekor félrenyelés, fuldoklás, sürgős műszeres gégeszeti beavatkozás válhat szükségessé. Későbbiekben ritkán allergiás reakciók, bőrijelenségek, fulladás, vérkeringés állapotának jelentős romlása jelentkezhet.
- Izomba (gerinccsatornába) adott injekciók, infúziós kezelés: A bőrfertőtlenítő szer okozta bőrgyulladás, esetleg a bőr felhólyagosodása, kisebesedése. A véna gyulladása, vérrögösödése (trombózis) esetleg a végtag tartós gyulladása, dagadása, fájdalma. Az adagolt infúziós folyadék a véna sérülése során a szövetek közé kerülhet, ritkán szöveti gyulladást, nagyobb kiterjedésű elhalást, hegesedést, a végtag tartós vagy maradandó károsodását okozhatja. Az izomba (gerinccsatornába) adott gyógyszer ritkán gyulladást, tályogképződést okozhat, mely sebészeti feltárást (műtétet) tehet szükségessé.
- A vérátömlesztés (mely mindig az Ön számára várhatóan legkisebb veszéllyel járó, előre kiválasztott vérkészítménnyel történik) az infúziós kezelésnél leirtakon túl igen ritkán súlyos allergiás reakciót, életveszélyes keringés és veseműködés romlást, nehezen, vagy egyáltalán nem gyógyítható vírusfertőzést (HIV, különböző krónikus májgyulladások) okozhat.

### A vizsgálatot, beavatkozást követően javasolt életmód

- Szövődménymentes gyógyulás esetén az újszülött állapotának függvényében 3.-6. napon bocsátjuk haza.
- Otthonában az ülőfürdő, nemi élet 6 hétig nem javasolt.
- Semmilyen hüvelyi kezelés nem ajánlott.
- Kontroll vizsgálat 6 hét múlva javasolt.

### Beleegyezési nyilatkozat

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

**Alulírott kijelentem,** hogy egészségi állapotomról, beleértve annak orvosi megítélését is-, a beavatkozás természetéről és céljáról-, a várható előnyökről és a beavatkozással járó kockázatról-, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről megfelelő írásbeli és kellően részletes kiegészítő szóbeli tájékoztatást kaptam.

**Ismertették velem,** hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

**Tudomásul veszem,** hogy megfelelő gondossággal és a szakma szabályai szerint végzett beavatkozások esetén is felléphetnek előre nem látható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül érintik egészségi állapotomat. **Azt is tudomásul veszem, hogy a teljes körű, minden apró részletre kiterjedő tájékoztatásom nem lehetséges, így nem is elvárható.**

Elfogadom, hogy az igen ritka, az esetek 2-3 %-nál kisebb arányú kockázatainak összességére az nem terjed ki.

**Tudomásul veszem,** hogy a felvételt végző orvosom általános állapotfelmérésem során a

- 1.) normál; 2.) mérsékelten fokozott; 3.) rendkívüli kockázatokkal járó betegnek tart.
- 4.) állapotom életveszélyes

Beavatkozással kapcsolatos kérdések: .....

Erre vonatkozó válaszok: .....

**Beleegyezésemet ennek tudatában adom meg.**

A műtét kényszerhelyzetből adódó változtatásához, a beavatkozás orvosilag indokolt, előre nem látható ok miatti kiterjesztéséhez **hozzájárolásomat adom.**

**Hozzájárulok ahhoz,** hogy szakmailag indokolt esetben a műtéti területről vagy a műtéti készítményről, kizárólag tudományos célzattal, videó-, vagy fényképfelvétel készüljön, amennyiben a személyazonosság azonosításának lehetősége garantáltan kizárt.

Betegségem, állapotom felderítése érdekében – kezelő orvosom javaslatára – más orvosok által történő **vizsgálatba is beleegyzem,** és hozzájárulok ahhoz, hogy a testemből diagnosztikus vagy gyógyítási célra kivett szövetmintákat, testnedveket megvizsgálják, majd ezt követően megsemmisítsék.

**Tudomásul veszem,** hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy-eredmény kedvezőtlen alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

**A felvilágosítást megértettem, azt elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek, egyéb kérdésem nincs.**

**A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, amely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes.**

**Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.**

Esztergom,

.....  
felvilágosítást adó orvos

.....  
beteg  
vagy

.....  
törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

## 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 az életét veszélyezteti, vagy aránytalanul súlyos terhet, ill. maradandó károsodást okozhat, az elutasító nyilatkozatot két tanúnak az aláírásával is hitelesíteni kell).

Esztergom,

.....  
felvilágosítást adó orvos

.....  
beteg  
vagy

.....  
törvényes képviselője  
(név nyomtatott betűkkel, aláírás)

.....  
1. sz. tanú aláírása

.....  
lakcím

.....  
2. sz. tanú aláírása

.....  
lakcím

Ezen lap egy példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!