



## **Betegtájékoztató és beleegyező lap** **Hüvelyfali kimetszés**

### **Tisztelt Hölgyem/Asszonyom!**

Tájékoztatjuk Önt, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében „hüvelyfali kimetszés” beavatkozása válik szükségessé. A ceglédi Toldy Ferenc Kórház Szülészeti-nőgyógyászati Osztály gyógyító csoportja a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy mindent mérlegelve döntsön, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

### **A beavatkozás jellege:**

Diagnosztikus nőgyógyászati műtéti beavatkozás.

### **A beavatkozás célja:**

A hüvelyfalon észlelhető kóros elváltozás, vagy egy részének eltávolítása, szövettani tisztázása.

### **Hogyan történik a beavatkozás?**

A műtét napjára a körömlakkot, műkörmöt, ékszer, kivehető fogat el kell távolítani. Kórházi öltözetben fogják a műtőbe vinni, ahol a beavatkozást az altatóorvos által javasolt érzéstelenítési módon végezzük. (erről külön nyomtatványon kap tájékoztatást, és kérjük, adja ehhez beleegyezését). A hüvelyfalon észlelt elváltozást lehetőleg az épben eltávolítjuk, vérzést csillapítunk majd a sebszéleket felszívódó öltésekkel egyeztetjük. A kimetszett elváltozást minden esetben szövettani vizsgálatra küldjük.

### **Melyek a beavatkozás esetleges szövődményei?**

Szövődmények gyakoriságát emelhetik társbetegségek, élvezeti szerek fogyasztása, túlsúlyosság, családban gyakrabban előforduló betegségek, előzményben szereplő műtétek és azok szövődményei. Ezekről feltétlenül tájékoztassa kezelőorvosát. Leggyakoribb szövődmény a varrat elégtelenségből eredő utóvérzés, esetleg gyulladás. Ezeknek az esetleges és ritka szövődményeknek az elhárítására, ellátására és gyógyítására megfelelő felkészültséggel és tapasztalattal rendelkezünk. Osztályunkon a feltételek ehhez biztosítottak. Amennyiben a szövődmények lehetőségéről további kérdése van, kérjük szóban tegye meg kezelőorvosa felé.

### **Műtét utáni időszak várható eseményei:**

Kevés színes folyás néhány napig előfordulhat. Amennyiben panaszmentes, 24 órán belül otthonába bocsátjuk, illetve a beavatkozás nagyságától függően pár nap múlva. Varratszedés nem minden esetben szükséges.

### **Milyen alternatív megoldás lehetséges?**

Nincs más alternatív megoldás.

### **Mi a teendő a beavatkozás után?**

Műtétet követően pár napig kímélő életmód javasolt. Szövetteni eredményéért 4 héten belül mindenféleképpen jelentkeznie kell saját érdekében. Ennek elmaradásából eredő esetleges következményekért a kórház nem vállal felelősséget. A kórház rossz eredmény esetén sem küld értesítést. Az eredmény alapján kezelőorvosa javaslatot tesz a további terápiára.

### **Műtét elmaradásának következményei:**

**Tisztelt Hölgyem/Asszonyom! Tudjuk, hogy bizonyos szövődmények lehetősége visszatartó erejű, de döntését e műtési beleegyezésbe az vezérelje, hogy a gyógyulása, életkilátásainak javítása érdekében történik minden és sokkal nagyobb a haszon reménye, mint a kockázat veszélye.** Amennyiben műtétjét nem végezhetjük el, az esetleges rosszindulatú megbetegedés további előrehaladása, az ezzel járó panaszok fokozódása várható, amely a legsúlyosabb esetben az életet is veszélyezteti.

### **Műtét elmaradásának következményei:**

**Tisztelt Hölgyem/Asszonyom! Tudjuk, hogy bizonyos szövődmények lehetősége visszatartó erejű, de döntését a műtési beleegyezésbe az vezérelje, hogy gyógyulása, életkilátásainak javítása érdekében történik minden és sokkal nagyobb a haszon reménye, mint a kockázat veszélye.**

Amennyiben műtétjét nem végezhetjük el, a pontos diagnózis akadályba ütközhet, így a megfelelő kezelés elmaradhat, a betegség rosszindulatú elfajulása bekövetkezhet.

## **Beleegyezési nyilatkozat**

A „hüvelyfali kimetszés” műtéti beavatkozásról szóló tájékoztatót elolvastam, az orvos által hozzáfűzött szóbeli és írásbeli igényem szerint a rajzos kiegészítést megértettem, az általam feltett kérdésekre megnyugtató, kielégítő válaszokat kaptam, a beavatkozásról minden számomra fontos információnak birtokában vagyok és ezek ismeretében a beavatkozás elvégzésébe, beleegyezek, és kifejezetten kérem azt.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során, az elutasítás következtében bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, nem teszem felelőssé, őket a felelősség alól kifejezetten és visszavonhatatlanul felmentem.

A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszertől mentesen adom

Megjegyzéseim:.....

.....

.....

/ide azt írja, kérem, amit elutasít, illetve ha esetleg feltételesen járul csak hozzá, beavatkozásunkhoz/

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségről teljes körűen tájékoztassák:

.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák: .....

.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről kérésükre se tájékoztassák:

.....

**Kijelentem, hogy tájékoztatásom megfelelő volt, további kérdésem nincs.**

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

Cegléd, 20.....

## **Tájékoztatásról való lemondás nyilatkozata**

***„Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom és minden általa szükségesnek vélt gyógyítási, műtéti metodikába fenntartás nélkül belegyezem.”***

Ezt a nyilatkozatot, -elfogadása esetén-, kézírásával megismételten leírva, majd az okirat végén aláírva erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.

---

---

---

---

---

Cegléd, 200.....

.....  
Beteg vagy törvényes képviselő aláírása

