

VASZARY KOLOS KÓRHÁZ, ESZTERGOM**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT NŐGYÓGYÁSZATI MŰTÉTHEZ/ORVOSI
BEAVATKOZÁSHOZ****TVT MŰTÉT (FESZÜLÉSMENTES SZALAGBEÜLTETÉS)**

Beteg neve:
Születési idő:
TAJ szám:

Legközelebbi hozzátartozó:
Elérhetősége:

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy kivizsgálása, kezelése, ill. mielőbbi gyógyulása érdekében TVT műtét 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 jellege

Vizelettartási zavarok miatt végzett hüvelyi terápiás jellegű beavatkozás.

A beavatkozás célja

Urodinámiás vizsgálat javallata alapján feszülés mentes hüvelyi szalag beültetése a vizelettartási problémák megoldása céljából.

Hogyan történik a beavatkozás

Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hüvelyt és a szeméremdomb bőrét fertőtlenítjük. A műtét során a mellső hüvelyfalat megnyitjuk, és a húgycső alá feszülés mentesen szalagot ültetünk be, amit a szeméremdombon ejtett két 2 cm-es metszésből húzunk át. Urológus szakorvos segítségével hólyagtükrözést végzünk. Ezután a szalagot rövidre vágjuk, és a sebzéseket öltésekkel zárjuk.

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 hólyagsérülés, műtét után vérzés, vérömleny, sipolyképződés, vizeletürítési zavarok léphetnek fel. A szövődmények elhárítására, ellátására és gyógyítására kórházunkban a feltételek biztosítva vannak.

Műtét utáni történések

Kisfokú vérzés lehetséges, a hólyag katétert általában 24 óra múlva távolítjuk el. A beteg 1 nap múlva távozhat osztályunkról.

Várható következmények

Panaszai az évekkel később a korábbi terhelések csökkentése nélkül kiújulhatnak.

Lehetséges alternatív megoldások

Fiatalabb korban hüvelyi torna, idősebb korban gyűrű felhelyezés, gyógyszeres kezelés, mellső hüvelyfali plasztikai műtét, de ezek egyike sem éri el a TVT műtét hatékonyságát.

Beavatkozás utáni teendők

Műtét után kímélő életmód, nemi élet mellőzése javasolt, kontroll vizsgálat javasolt 4-6 hét múlva, panasz esetén azonnal.

A műtét elmaradásának következményei

Panaszainak fokozódása.

Beleegyezési nyilatkozat

A TVT 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 **hozzájárálsomat 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 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 megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől 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!