A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEG TÁJÉKOZTATÓ

1. A műtét rövid leírása

A hüvelyt lapocokkal való feltárást követően fertőtlenítjük, majd szabályos nőgyógyászati vizsgálattal kitapintjuk a megnagyobbodott, folyadéktartalmú petefészket vagy petevezetéket, melyet a segéd ezután kívülről, a hasra gyakorolt nyomással rögzít. Az operatőr a hátsó hüvelyboltozaton át tűt vezet fel, ezen át a képlet tartalmát leszívja. Az így nyert folyadékot szükség esetén szövettani vizsgálatra, tenyésztésre küldjük. Ha a folyadék mennyisége 100ml feletti vagy az kifejezetten véres, esetleg zsírnemű anyagot tartalmaz, a leszívást követően a műtétet hastükrözéssel vagy hagyományos hasmegnyitással kell folytatni!

2. Kockázatok:

A legnagyobb gondosság mellett is – rendkívül ritkán – előfordulhat a környező szervek sérülése, következményes vérzés vagy kismedencei gyulladás.
Néha a beavatkozás sikertelen.

3. Előnyök:

A műtét révén az úgynevezett funkcionális (működészavar miatt kialakuló) petefészek ciszták gyógyulnak, megszűnnek az általuk okozott panaszok, mint a feszülés, fájdalom, alhasi görcsök. Ugyancsak gyógyulhatnak, igaz néha több alkalommal meg kell ismételni a beavatkozást, a jól körülírt gennyes gyulladások.

4. Kockázatok:

A 2. pontban leírt közvetlen műtéti szövődményen kívül gyakorlatilag másra nem kell számítani. Sikertelenség esetén egyénileg, a betegség jellege alapján lehet dönteni arról, szabad-e várakozni, avagy hasműtétre van szükség. Nem szövődmény, ha a leszívott folyadék mennyisége vagy tulajdonságai miatt a beavatkozást hastükrözéssel vagy hasmegnyitással kell folytatni, hiszen ez a betegség jellegéből és nem a műtétből adódik.

5. Sebészeti lehetőségek:

Hastükrözés vagy hagyományos hasmegnyitás. Ezek azonban lényegesen megterhelőbb megoldások, ezért az Ön esetében érdemes előbb megpróbálni a leszívást.

6. Nem sebészeti lehetőség:

Ciszták esetén várakozás, ugyanis az úgynevezett funkcionális ciszták egy része magától felszívódik. Tályog gyanúja esetén nem sebészeti alternatíva gyakorlatilag nincs. Gyógyszeres kezelés létezik, de ez által maradéktalan gyógyulásra számítani csak kivételesen lehet.

Ha bármit részletesebben szeretne tudni, bátran kérdezze meg kezelő orvosától a műtét előtti találkozáskor!

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

A tájékoztatót megértettem: .....
beteg aláírása

Amennyiben nem a beteg kapta a tájékoztatást:
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

A műtéti beavatkozást igénybe vevő beteg neve: ……..

Szül. idő: ……, TAJ szám: ……

Alulírott kijelentem és aláírásommal igazolom, hogy kezelőorvosom Dr. …… részletesen tájékoztatott betegségemről, valamint a felajánlott műtét kockázatairól, előnyeiről, a lehetséges szövődményekről, és a kezelési alternatívákról.

Előtte megismertem a túloldalon lévő **B.1.2./N.16.** számú **Tájékoztató a méhnyak a méhfüggelék célzott punkciójáról („ciszta”/tályog leszívása hüvelyen át)** című írásos tájékoztatót, melyet **áttanulmányoztam / számomra felolvastak *(a nem kívánt részt húzza át).***

A beszélgetés során kérdéseket is tettem fel: ……

……

…… ***(ha nem volt kérdés áthúzandó).***

A szóbeli és írásos tájékoztatást megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ezeket elégségesnek találtam ahhoz, hogy szabadon dönthessek a műtét elfogadásáról vagy elutasításáról. A döntéshez elegendő idő állt rendelkezésemre. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre kiszámíthatatlan szövődmények, melyek a várható eredményt és gyógyulás időtartamát kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Felhatalmazom/nem hatalmazom fel *(a nem kívánt részt húzza át)* a műtétet végző orvost, illetve orvos csoportot, és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt, és az egészségem megóvására, illetve az életem meghosszabbítására irányul. Beleegyezem, hogy a műtét során szükségesnek tartott vérkészítményt, gyógyszert, fokozottan ellenőrzött szert, más anyagokat beadják, és a műtét során szükségessé váló kiegészítő vizsgálatokat elvégezzék.

Kijelentem, és aláírásommal megerősítem, hogy a felajánlott műtéti kezelésbe beleegyezek és kérem, hogy azt rajtam elvégezzék.

Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

…… ……

Tájékoztatást végző orvos aláírása Beteg aláírása

Amennyiben nem a beteg gyakorolja a beleegyezést:
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult személy adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

Írni, olvasni nem képes beteg esetén:
A beteg előttünk kijelentette, a számára felolvasott tájékoztatóban foglaltakat megértette és a műtétbe beleegyezését adta.

Tanú (név, lakcím, szig.szám): …… Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……
…… ……
Aláírás: …… Aláírás: ……