
	<p align="center">Budapesti Bajcsy- Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet</p> <p align="center">a</p> <p align="center">Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza</p> <p align="center">H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91.</p> <p align="center">Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.</p>	
	<p align="center">Szülészeti, Nőgyógyászati Osztály</p> <p align="center">Osztályvezető: Dr. Szécsényi István</p> <p>Tel: [36-1] 432-7724 www.bajcsy.hu</p> <p>Fax: [36-1] 432-7523</p>	

Bartholini mirigy műtéte

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **BARTHOLINI MIRIGY MŰTÉTE** beavatkozás elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló 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 egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

Beteg neve..... **TAJ:** □□□-□□□-□□□

Születési idő: □□□□.□□.□□

1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

A hüvelybemenet két oldalán elhelyezkedő mirigyek kivezető csövének elzáródását követő fájdalmas duzzanat esetén.

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A hüvelybemenet két oldalán elhelyezkedő mirigyek kivezető csövének elzáródását fájdalmas duzzanat: ciszta vagy tályog kialakulása követheti. A műtét diagnosztikus és terápiás.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A tünetek, panaszok megszüntetése a tályog megnyitása, vagy a ciszta eltávolítása révén. Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben fertőtlenítés után a duzzanatot megnyitjuk, a bennéket kiürítjük, falát a bőrhez kiöltjük, esetenként gézcsikkal tamponáljuk. Ciszta esetében azt eltávolítjuk, és szövettani feldolgozásra küldjük.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

A szövödmények gyakoriságát emelhetik bizonyos betegségek, élvezeti szerek fogyasztása, túlsúlyosság, előzményben szereplő műtétek és azok szövödményei. Ezekről feltétlenül tájékoztassa orvosát. A bemetszés helyén vérzés, vérömleny, gyulladás léphet fel, gyakoriság 1% alatti. Ritkán az elváltozás később kiújulhat.

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

A beteg még aznap vagy másnap távozhat osztályunkról. Esetleges szövettani vizsgálat leletéért 2 hét múlva jöjjön vissza, varratszedés 1 hét múlva, kontroll vizsgálat javasolt 4-6 hét múlva, addig kímélő életmód, nemi élet tilalom javasolt.

6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

A tályog spontán megreped és állandó váladékozást tart fenn.

7./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Jelenleg nincs ilyen.

8./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasztam.

Az orvos megjegyzése:

.....
.....
.....
.....

Budapest, év hó nap óra perc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

9./ BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegségemet eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, év hó nap óra perc

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

10./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, év hó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó
aláírása

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: