
	<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>	

Hidegkés konizáció

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önrel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **Hidegkés konizáció** 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

Hüvelyi diagnosztikus és terápiás jellegű beavatkozás.
A méhszájon észlelt kolposzkópos és citológiai rákmegelőző állapot esetén.

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hüvelyt fertőtlenítyük, a méhszájat kifogjuk, mindkét oldalon aláölytyük a méhnyakat ellátó ütőeret. A metszést az ép hámban vezetve a méhnyakból kúp alakú szövetdarabot távolítunk el. Szondavizsgálat után a méhnyakat feltágítjuk, majd kuretkanállal eltávolítjuk a méhnyak és a méhtest nyálkahártyáját. A kapott mintákat szövettani feldolgozásra küldjük. A sebszéléket varratokkal egyesítjük, esetenként a nyakcsatornába gumicsövet helyezünk.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A méhszájon észlelt kolposzkópos és citológiai rákmegelőző állapotra utaló elváltozás esetén végzett műtét a pontos szövettani diagnózis felállítása érdekében.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

A szövődmények gyakoriságát emelhetik bizonyos betegségek, élvezeti szerek fogyasztása, túlsúlyosság, előzményben szereplő műtétek és azok szövődményei. Ezekről feltétlenül tájékoztassa orvosát. A méh sérülése (perforáció) esetén has tükrözés, esetleg has metszés válhat szükségessé, ritkán a méh eltávolításával. A műtét

utáni napokon vérzés, később a nyakcsatorna külső nyílásának szűkülete léphet fel. A szövődmények ritkák, 5% alattiak, ezek elhárítására, ellátására és gyógyítására kórházunkban a feltételek biztosítva vannak.

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

A beteg néhány nap múlva távozhat osztályunkról. Műtét után enyhe alhasi görcsök, kevés vérzés néhány napig lehetséges. Ha az elváltozást nem sikerül az ébren eltávolítani, újabb műtét válhat szükségessé. Műtét után kímélő életmód, nemi élet mellőzése javasolt, a további kezelés a szövettani lelettől függ, melyért 3 hét múlva jelentkezzen. Kontroll vizsgálat javasolt 4-6 hét múlva.

6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Panaszainak fokozódása, rosszindulatú elfajulás, vagy a már meglévő rosszindulatú daganat végzetessé fajulása.

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 megválasoltam. Az orvos kiegészítése:

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

Budapest, év hó napóraperc

.....
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 betegséget 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 nap óra perc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

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

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: