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

## Méhtükrözés

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önrel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **MÉHTÜKRÖZÉS /Hiszterosztopia/** 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

Vérzési rendellenességek, vastag méhnyálkahártya ablálása, daganatok, meddőség vagy „elveszett” méhen belüli eszköz tisztázása esetén.

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

Hüvelyi diagnosztikus és terápiás jellegű beavatkozás, egyike a legkorszerűbb vizsgáló és gyógyító eljárásoknak, mely lehetővé teszi a méh üregének megtekintését, valamint számos műtéti beavatkozás elvégzését a méh üregén belül.

Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hüvelyt fertőtleníjtük, a méhszájat kifogjuk, szondavizsgálat után a méhnyakat feltágítjuk, majd állandó folyadékfeltöltés mellett optikát vezetünk a méhüregbe. A méhüreget áttekintjük, a szükséges műtétet elvégezzük, bizonyos esetekben méhen belüli fogamzásgátló eszközt, vagy felfújt hólyag-katétert hagyunk vissza a méhüregben a vérzés csökkentése céljából.

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

Diagnosztikus esetben a vérzési rendellenességek, daganatok, és a meddőség okának tisztázása céljából, „elveszett” méhen belüli eszköz megtalálására, esetleg a méh áthatoló sérülésének (perforáció) gyanújakor végezzük. Kezeléskor (operatív hiszterosztopia) méhüregi szöveti mintavétel, polip, mióma göb, méhen belüli eszköz eltávolítása, méhüregi összenövések oldása, a méh nyálkahártyájának eltávolítása céljából. Ellenjavallt, ha kismencedei gyulladás, terhesség, vagy bizonyított rosszindulatú daganat áll fenn.

### 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 műtét alatti szövődmények: folyadékútlótlás, vérzés, embólia. A méh sérülése (perforáció) esetén has tükrözés, esetleg has metszés válhat szükségessé. A műtét utáni szövődmények napokon vérzés, gyulladás léphet fel. Később a panaszok visszatérhetnek. A szövődmények 1% alattiak, ezek elhárítására, ellátására és gyógyítására kórházunkban a feltételek biztosítva vannak.

## **5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI**

A beteg a beavatkozás jellegétől függően aznap, vagy néhány nap múlva távozzhat osztályunkról. Műtét után enyhe alhasi görcsök, kevés vérzés néhány napig lehetséges. A méhüregbe helyezett katétert 1-2 nap múlva, a fogamzásgátló eszközt 1-3 hónap múlva távolítjuk el.

Pár napig kímélő életmód, a további kezelés az esetleges szövettani lelettől függ, kontroll vizsgálat javasolt 4 hét múlva.

## **6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

Panaszainak fokozódása, az elváltozások tovább fejlődése és terjedése. A riasztó szövődmények ellenére az Ön döntését az vezérelje, hogy gyógyulása érdekében történik a beavatkozás, és sokkal nagyobb haszon várható, mint amekkora kockázat.

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

A legmodernebb beavatkozások egyike, de vannak egyéb diagnosztikus eljárások is: méhkaparás, HSG, ultrahang, ezek azonban nem adnak olyan pontos felvilágosítást, mint a hiszteroszkópia..

## **8./ FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA**

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kiterve 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 megválaszoltam.

Az orvos kiegészítése:

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

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 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: .....

