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

### Terhesség megszakítás

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján az Ön kérésére **Terhesség megszakítást** fogunk elvégezni.

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

Tervezett szülészeti műtéti beavatkozás.

A nő részéről nem kívánt terhesség törvények által szabályozott megszakítása.

#### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A későbbi fertőzések megelőzése céljából a beavatkozás előtt egyszeri antibiotikum adása szükséges. Az altatóorvos által kiválasztott érzéstelenítésben a hüvelyt fertőtlenítyük, a méhszájat kifogjuk, szondavizsgálat után a méhnyakat, ha ez szükséges, feltágítjuk, majd szívóval és küretkanállal eltávolítjuk a méh tartalmát. Gyógyszeres vagy lamináriás méhnyak-előtágítást végzünk a műtét előtt hüvelyi úton nem szült nőknél. A laminária speciális méhnyaktágító pálca, ami a műtétet megelőző este a méhnyakba helyezve mintegy 10 óra alatt sérülésmentesen kitágítja azt.

Az orvosi javallat alapján végzett, 12. hétnél idősebb terhesség megszakítása esetén először gyógyszeres, infúziós kezelést végzünk, amely több napig is tarthat, ezt követően történik a műszeres befejezés a fent leírt módon.

#### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A terhességet veszélyeztettség esetén a törvényben meghatározott feltételekkel lehet megszakítani, nem orvosi (szociális) javallat alapján a terhesség 12. hetéig, orvosi javallat alapján a 24. hetéig, a terhesség nagyságától függően különböző módszerekkel.

#### 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.

Korai szövődmények: a méh sérülése (perforáció) esetén has tükrözés, esetleg has metszés és a méh eltávolítása válhat szükségessé. Vérzés, gyulladás, peterész visszamaradás, visszer-rögösödés (trombózis) léphet fel. A

szövődmények ritkák, 1% alattiak, ezek elhárítására, ellátására és gyógyítására kórházunkban a feltételek biztosítva vannak.

A petevezető gyulladás okozta elzáródása meddőséget okozhat. Gyakoribbá válhat a vetélési és koraszülési hajlam. Késői lelki szövődmények, depressziós hangulat, lelki eredetű szexuális zavarok.

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

Műtét után enyhe alhasi görcsök, kevés vérzés 1-2 hétig lehetséges.

6 órás megfigyelés után szövődménymentes esetben hazaengedjük. 4 hétig kímélő életmód, nemi élet tilalom, kontroll vizsgálat javasolt 4-6 hét múlva, panasz esetén azonnal.

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

Kiviselt terhesség és várhatóan egészséges újszülött világra hozatala.

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

Magyarországon 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 ..... nap .....óra .....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

#### **9./ BELEEGYEZŐ 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: .....