

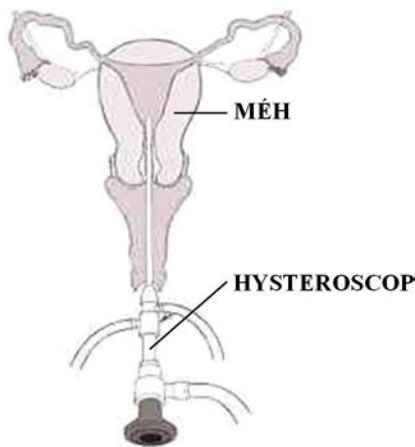
MÉHTÜKRÖZÉS (HISZTEROSZKÓPIA)

Beteg neve: _____ Születési dátum: _____

TAJ: _____ Orvos neve: _____

A beavatkozás célja: A hiszteroszkópia diagnosztikus és terápiás céllal végezhető műtét. Segítségével a méh üregében lévő elváltozásokról tájékozódhatunk, illetve ezen elváltozások műtéti megoldását is elvégezhetjük. Hiszteroszkópia javasolt meddőség, méhüri sővény, idegen test, polipus, mióma, vérzészavar esetén, szövettani anyagvétel, méhnyálkahártya eltávolítása, illetve művi meddővé tétel céljából.

A beavatkozás technikája: A műtétet a beteg igényének megfelelően rövid idejű intravénás vagy mély, gépi altatásban, esetenként helyi érzéstelenítésben végezhetjük, enyhe nyugtatókkal kombinálva. Megfelelően végzett előkészítés (nyugtató tabletta, a hólyag kiürítése) után a beteget a műtőasztalra fektetjük, majd a választott érzéstelenítési eljárás elvégzését követően végezzük el a műtétet. A hüvely feltárását követően azt fertőtlenítő oldattal átmoszuk, a méhnyakat fémpálcákkal, szükség esetén megelőzően lamináriával (nedvesség hatására duzzadó pálca) megfelelő méretűre tágitjuk (8mm), majd a hiszteroszkópos eszközt folyamatos folyadékáramlás biztosítása mellett a méhnyakon át a méhürbe vezetjük. Azokban az esetekben, amikor diagnosztikus beavatkozást végzünk, a méhszáj tágitása nélkül is elvégezhető a vizsgálat. A műtét során láthatóvá válik a méh belfelszíne, a szükséges beavatkozást (a polip, vagy a mióma eltávolítását, az összenövések oldását, a méhnyálkahártya eltávolítását, a petevezetetek átjárhatóságának vizsgálatát) szemellenőrzés mellett biztonsággal végezhetjük el. Az eltávolított szöveteket szövettani vizsgálatra küldjük.



A beavatkozás veszélyei, lehetséges gyakoribb műtéti szövődmények: A fertőtlenítéshez, vagy az érzéstelenítéshez használt anyagokkal szemben túlérzékenységi reakció jelentkezhet, ami szakszerű ellátással kezelhető. A műtét során ritkán sérülhet a méhfal és egyéb szervek (bél, húgyhólyag, erek, stb.), a műtétet követően utóvérzés és fertőzés léphet fel. A méhfal sérülés esetén hastükrözés (laparosztopia) és/vagy nyitott hasi műtét elvégzésére is szükség lehet, melynek során célunk a méh megtartása, a sérülés ellátása, kivételes esetben azonban a méh eltávolítására kényszerülhetünk. Bő vérzés esetén vérzéscsillapításra koagulációt (égetést) használhatunk, a méhürbe tamponálás céljából felfújható ballonú Foley katétert is felhelyezhetünk. Amennyiben a műtét során a vérvesztés megkívánja, transfúzió (vérátömlesztés) adása válhat szükségessé. Kismencedei gyulladás (méh, petevezeték, petefészek) kialakulása esetén széles spektrumú antibiotikum- és gyulladás gátló kezelést alkalmazunk.

A beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei: A beteg panaszai továbbra is fennállnak. A méhürben látható elváltozások felismerésének elmaradása a gyógyítás elmaradását eredményezi. A műtétet teljesen kiváltó más eljárás nincs, adott esetben részben kiválthatja a beavatkozást a méhkaparás vagy a méh eltávolítása pl. vérzészavar esetén.

A fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az erre kapott válaszok:

A fentiekről számomra részletes és érthető tájékoztatást adott: Dr. _____



Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

Osztályvezető főorvos: **Dr. Belics Zorán PhD**

1204 Budapest, Köves út 1. Telefon: (06) 1 289 6323

A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A **MÉHTÜKRÖZÉS (HISZTEROSZKÓPIA)** című tájékoztatót elolvastam, az orvos szóbeli tájékoztatását megértettem, az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem és kérem annak elvégzését.

Budapest, _____ év, _____ hó, _____ nap, _____ óra, _____ perc

tájékoztatót végző orvos aláírása és pecsétje

beteg/törvényes képviselő aláírása

Továbbá **beleegyezem**, hogy műtéti szövődmény esetén a további szükséges műtéti beavatkozásokat elvégezzék:

hasműtét (laparotomia) igen nem _____

hasükrözés (laparoszkópia) igen nem _____

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT* A kezelőorvos részletes felvilágosítása ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Az ellátás visszautasítása miatt bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli, és kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült költségek megtérítésére.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, aminek elmaradása a saját, vagy a magzata életét veszélyezteti, vagy aránytalanul súlyos terhet, illetve maradandó károsodást okozhat, az elutasító nyilatkozatot két tanúnak az aláírásával is hitelesíteni kell).

Budapest, _____ év, _____ hó, _____ nap, _____ óra, _____ perc

tájékoztatót végző orvos aláírása és pecsétje

beteg/törvényes képviselő aláírása

1. sz. tanú aláírása

2. sz. tanú aláírása

*** Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény 17. § (2):**

„A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások - ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is - egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti.”

Ezen betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat egy példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!