

Bartholin

Erzsébet Kórház-Rendelőintézet  
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály  
Hódmezővásárhely  
Osztályvezető: Prof.Dr. Apró György

## **Tájékoztató, kérelem és beleegyező nyilatkozat tervezett műtéti beavatkozásról**

### **A beteg neve és azonosítója:**

### **A műtét elvégzését indokló diagnózis és a fontosabb kísérő diagnózisok:**

Bartholin cysta (szeméremrés tömlője)

**A műtét neve:** A képlet eltávolítása.

### **A műtét lényege és szükségszerű velejárói**

A műtét lényege a szeméremtesten lévő tömlő eltávolítása.

Az ilyen típusú műtétek átlagos időtartama 15 perc. A kórházi tartózkodás 3-4 nap.

A műtét alatt a fájdalommentességet helyi, vagy általános érzéstelenítéssel.

### **A műtét szövődményei**

Műtét alatti és műtét utáni szövődmények ritkák, de a leg gondosabb műtéti technika mellett, tapasztalt és gyakorlott orvos beavatkozása során is előfordulhatnak. Elkerülésükre minden lehetséges eszközzel törekedni fogunk. Megoldásukhoz esetenként más szakterületek képviselőinek segítségét kérhetjük. Elfordulhat lázas állapot a műtéti terület gyulladással, jelenségével, a szomszédos szervek (húgyhólyag, húgycső) sérülése, a műtét után vizelettartási és ürítési nehézség, vizeletcsorgás. Ezek elkerülésére minden módon törekedni fogunk.

A fenti tájékoztatót elolvastam, tudomásul vettem, azt megértettem. Tájékoztattak arról, hogy a fenti nyilatkozatban csak a legfontosabb szóbajöhető kezelési módokat és szövődményeket említették meg. Megértettem a műtét elvégzésének fontosságát, a műtét elmulasztásának veszélyeit. Felvilágosítást kaptam a műtétet helyettesítő, konzervatív beavatkozások lehetőségéről, eredményességéről és kockázatairól.

Módomban állt a szövődményekkel és szóbajöhető kezelési eljárásokkal kapcsolatban további kérdéseket feltenni. Ezzel a lehetőséggel éltem, kérdéseimre részletes, kielégítő szóbeli és rajzos választ kaptam, azt megértettem, tudomásul vettem. További kérdésem nincs. A további tájékoztatásról kifejezetten lemondok.

Megértettem és tudomásul vettem, hogy a műtét során olyan, előre nem látható körülményekre is fény derülhet, amelyek a korábban tervezett beavatkozásokat, vagy azok egy részét feleslegessé, vagy igen kockázatosá tennék. Kérem, hogy ebben az esetben az illető beavatkozástól tekintsenek el. Hasonlóképpen, ha a műtét során a tervezettnél szélesebb körű, kiterjesztett beavatkozás válna szükségessé, akkor azt is végezzék el.

A szükségessé váló vizsgálatok, beavatkozások elvégzéséhez hozzájárulok, kérem a műtét elvégzését. Tudomásul vettem, hogy jelen nyilatkozatomat a műtét megkezdése előtt bármikor visszavonhatom.

Hozzájárulok, hogy betegségemről és műtétemről tájékoztatást kapjanak a kezelésben résztvevő orvosok, konziliárusok, családorvosom, megkeresés esetén a hivatalos szervek és személyek, valamint az alábbi személyek:

Hozzájárulok továbbá, hogy a kórház által készült dokumentumokon a betegségemet és a beavatkozásokat jelző kódszámok szerepeljenek.

Kórlapszám:

Hódmezővásárhely, 200

Dr

a felvilágosítást  
és/vagy a műtétet végző  
orvos aláírása

a beteg, vagy  
törvényes képviselője\*  
aláírása

\*A törvényes képviselő írta alá, mivel a beteg nem nyilatkozatképes, mert: