



## Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

Osztályvezető főorvos: **Dr. Szalay Miklós**

5400 Mezőtúr, Kossuth L. út 9-11. Telefon: (06) 56 550 417

### A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## MÉHKAPARÁS (ABRASIO)

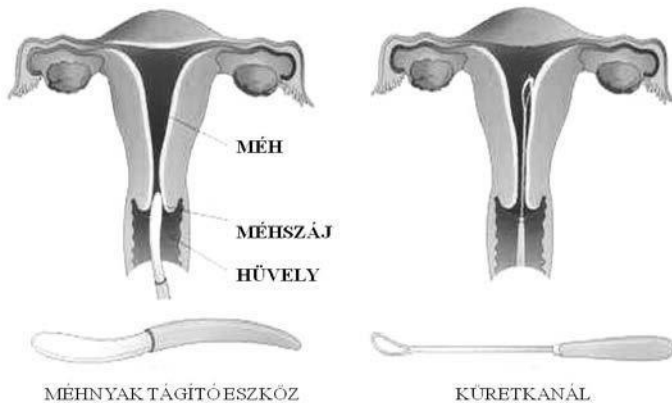
Beteg neve: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_\_\_

TAJ: \_\_\_\_\_ Orvos neve: \_\_\_\_\_

**A méhkaparás célja:** A műtét célja lehet diagnosztikus és gyógyító. Diagnosztikus méhkaparás esetén a műtétet a vérszavarok és a daganatos betegségek pontos felismerése céljából végezzük. A gyógyító jellegű műtét kapcsán a hosszantartó, illetve bő méhvérzések megszüntetése a cél azáltal, hogy a méhnyálkahártyát eltávolítjuk. Mindkét esetben a kapott kaparékot kórszövettani vizsgálatra küldjük.

**A méhkaparás technikája:** A beteg igényeinek megfelelően a műtét elvégzésére rövid ideig tartó vénás altatásban (ritkábban helyi érzéstelenítésben) kerül sor. A beteget a hólyag kiürítése után műtőasztalra fektetjük. A hüvelyt megfelelő fertőtlenítő oldattal kitöröljük, a méhúrt megszondázzuk, a méhnyakat fémpálcákkal feltágítjuk, és kuretkanállal lekaparjuk a méh nyakcsatorna és/vagy a méhtest nyálkahártyáját. Az így nyert anyagmintát(kat) szövettani vizsgálatra küldjük.

**A méhkaparás veszélyei, lehetséges gyakoribb műtéti szövődmények:** A fertőtlenítéshez, vagy az érzéstelenítéshez használt anyagokkal szemben túlérzékenységi reakció jelentkezhet, ami szakszerű ellátással kezelhető. A műtét során a legnagyobb gondosság ellenére is - ritkán - a méhfalon áthatoló sérülés(ek) keletkezhetnek. Ez kórházi megfigyelést és szükség esetén hasi műtétet (hastükrözés és/vagy nyitott hasi műtét) vonhat maga után. A műtét során a célunk a sebzés zárása, azonban kivételes esetben a méh eltávolítására is kényszerülhetünk. A műtétet követően méhgyulladás is kialakulhat, ami gyógyszeres kezeléssel (antibiotikum,



gyulladásgátlók) gyógyítható.

**A méhkaparás elmaradásának esetleges veszélyei:** A diagnosztikus beavatkozás elmaradása esetén nincs lehetőség a pontos kórisme felállításához, így a pontos kórisme hiányában az orvos nem tudja alkalmazni a szükséges kezelési eljárásokat. A terápiás beavatkozás elmaradása akut és/vagy krónikus vérszegénységéhez, rosszindulatú daganatok fel nem ismeréséhez és elhatalmasodásához, súlyos állapotromláshoz vezethet.

**A beavatkozás lehetséges alternatívái:** méhnyálkahártya aspiráció, méhtükrözés.

**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. Szalay Miklós**

5400 Mezőtúr, Kossuth L. út 9-11. Telefon: (06) 56 550 417

### A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

#### KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A MÉKAPARÁS műtétjéről a 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 szövödmény esetén a további szükséges műtéti beavatkozásokat elvégezzék:

*hasműtét (laparotomia)* igen nem \_\_\_\_\_

*hasükrözés (laparoscopia)* 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 beteg-tájékoztató és beleegyző nyilatkozat egy példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!