



## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő) kijelentem, hogy ..... (a beavatkozást végző neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, .....szül. idő, ..... rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

### HYSTEOSALPINGOGRAPHIA /HSG/ BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

- A beavatkozás célja:** Petevezető átfűvés /HSG/. A petevezetők átjárhatóságának vizsgálata, bizonyos méhfejlődési rendellenességek felismerése. A meddőségi kivizsgálás kötelező eleme.
- A beavatkozás menete, technikája:** A méhnyakon keresztül a méhbe fecskendezett rtg kontrasztanyag kirajzolja a méhűrt és a petevezetőket, és megjelenik a szabad hasüregben, amennyiben átjárhatóak a petevezetők. A beavatkozás érzéstelenítést nem igényel.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A kontrasztanyag igen ritkán allergiás tüneteket, panaszokat okozhat (kiütés, viszketés, rosszullet, stb.). A beavatkozás során alhasi feszítés, fájdalom léphet fel. Vérzés, sérülés (petevezető repedése) keletkezhet, melynek elhárítása esetleg hasműtétet (hastükrözést) igényel. Gyulladás alakulhat ki a nemi szerveken.
- Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Meddőségi kezelés akadályát képezheti.
- Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról:** Színezett folyadékkal történő átfűvés (Chromopertubáció), vagy Ultrahangos vizsgálat nem ad felvilágosítást sem a méhűr alakjáról, esetleges fejlődési rendellenességről, valamint nem pontosítható, hogy a petevezető mely oldalon járható át.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!



## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelése során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

***beleegyezem és kérem \****

***nem egyezem bele és nem kérem \****

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Szombathely, 20 ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
beavatkozást végző aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.