

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY	FNY1011/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat császármetszés előtt álló szülők részére		Oldalszám: 1/3

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT CSÁSZÁRMETSZÉS ELŐTT ÁLLÓ SZÜLŐNŐK RÉSZÉRE

1. Szülönő (továbbiakban beteg¹) neve:

TAJ száma:

Beküldő diagnózis:

2. Tájékoztató tartalma:

A császármetszés a magzat hasi úton, műtéttel történő megszületését jelenti. Magyarországon minden ötödik újszülött császármetszés útján jön a világra, ami a világlátnak is megfelel (a szórás 15-33% közötti). Elvégzését magzati, anyai és együttes okok tehetik indokolttá. Az okok ilyen felosztása némiképp erőltetett, főleg szakmai szempontból van létjogosultsága, hiszen a szülés során, mind a méhen belüli magzat, mind a szülönő egészségét maximálisan védeni igyekszünk. A császármetszés témakörének teljes körű tárgyalása tájékoztatónk keretei között nem lehetséges, de tájékoztatónkban törekszünk a minél szélesebb körű felvilágosításra a szülészeti ellátás menetét illetően.

A terhesség vagy a vajúdás során kialakulhat olyan helyzet, amely során a hüvelyi szülés kockázatosabbá válik. Vannak szülészeti szövödmények, mint például a harántfekvés, amely miatt a spontán hüvelyi szülés lehetetlen, megint más esetekben szakmai tapasztalat indokolja, hogy mind a magzat, mind a szülönő biztonsága és egészsége érdekében jobb a szülést császármetszéssel befejezni (pl. a medencevégű hosszfekvés, farfekvés bizonyos eseteiben). A javallatok egyes esetekben már a vajúdás megkezdése előtt adottak, ilyenkor a szülést eleve császármetszés útján vezetjük (pl. az anya nagyfokú rövidlátása esetén, a szem ideghártya leválás veszélye miatt). Sürgősségi javallat vajúdás alatt akkor lép fel, amikor a magzat állapota (pl. nem megfelelő magzati szív működés), vagy az anya állapota (pl. nem haladó szülés), esetleg mindkettő együttesen (pl. vérzés, elakadt szülés, beilleszkedési rendellenesség, a méh túlfeszülése) a hüvelyi szülést kockázatosabbá teszik és császármetszést kell végezni. Viszonylag sűrűn kényszerülünk azonnali döntésre, amikor a magzat méhen belüli állapota, vagy a szülönő állapota előzetes jelek nélkül, váratlanul és gyorsan romlik. A lepény idő előtti leválása, vérzés, fenyegető méhrepedés, rossz magzati szív működés, hüvelyi úton befejezhetetlen szülés, valamint az előesett köldökzsinór tartoznak a gyakoribb okok közé.

Igen ritkán, de a műtét során előfordulhat, hogy a méh sérülése befolyásolhatatlan vérzés miatt, annak kiterjesztett ellátása, eltávolítása is szükségessé válhat. A méh és a petevezetők, petefészkek megőrzésére/megtartására mindent elkövetünk, de adódhat olyan állapot, hogy a csonkoló műtét javallata csak a hasműtét menete során merül fel, és az Ön egészsége érdekében valamely szerv csonkolására vagy eltávolítására kényszerülünk. Továbbá a császármetszés, mint minden hasi nőgyógyászati műtét járhat szövödményekkel: bél-, hólyag-, vizeletelvezető sérülése, utóvérzés, láz, bélműködési zavar, trombózis, embólia, sebgyógyulási zavar.

A betegek által leggyakrabban feltett kérdések és orvosi válaszok:

- 1. Kérdés: Milyen a jelenlegi állapotom, milyen betegségben szenvedek?
- Válasz: **Szülés során fellépett velem ismertetett komplikációk, vagy egyéb a kórelőzményben szereplő betegség miatt orvosi javaslat alapján a szülés befejezése császármetszéssel.**
- 2. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet beavatkozást javasol az orvos?
- Válasz: **Császármetszés spinalis érzéstelenítésben.**
- 3. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?
- Válasz: **A magzati és anyai egészségkárosodás.**
- 4. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány)?
- Válasz: **Értelemszerű.**

¹A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY	FNY1011/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat császármetszés előtt álló szülők részére		Oldalszám: 2/3

- 5. Kérdés: A beavatkozásnak lehet-e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori előfordulhat) a leggondosabb ténykedés esetén is?
- Válasz: **Bél-, hólyag-, vizeletvezető-rendszer sérülése. Láz, kismencedei és az egész hasüregre kiterjedő gyulladás, tályogképződés. Vérzés, utóvérzés. A méh sebének és a hasfali sebnek gyógyulási zavara, akár teljes szétválása. Thrombosis (vérrögösödés) embólia (tüdőverőer-elzáródás). A gyermek megszületését követően a méhből olyan mértékű vérzés fordulhat elő, mely minden egyéb eszközt igénybe véve sem uralható és a méh csonkolásához illetve teljes eltávolításához vezethet. Sipolyképződés szomszédos szervek méh, hólyag, hüvely stb. között. Vizeleti és bélműködési zavarok. A szövődmények következményeinek elhárítása ismételt műttet, műtéteket igényelhetnek. Egy ilyen műtét jellege, kiterjesztés a szövődmény milyenségétől és az érintett szervek sajátosságaitól függ.**
- 6. Kérdés: Milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak?
- Válasz: **Altatóorvossal egyeztetve, lásd külön lapon.**
- 7. Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **A beteg/szülő kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A CSÁSZÁRMETSZÉS RŐL

A CSÁSZÁRMETSZÉSBE BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő szülési mód megválasztásának érdekében rajtam császármetszés elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatjal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemaker (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt rajtam a császármetszés nem végezhető el.

Ezúton nyilatkozom, hogy a császármetszéshez

- hozzájárulok nem járulok hozzá **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál. Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatban (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY	FNY1011/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat császármetszés előtt álló szülők részére		Oldalszám: 3/3

gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy a fenti nyilatkozatomat - a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyező nyilatkozatomat - a beavatkozás megkezdéséig bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom. Egyúttal tudomásul veszem, hogy beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Keltezés helye, ideje:

..... (tájékoztató orvos aláírása, orvosi pecsétje) (műtétet/beavatkozást végző orvos aláírása, orvosi pecsétje) (nyilatkozó személy aláírása)
---	--	--

..... (tájékoztató orvos neve olvashatóan) (műtétet/beavatkozást végző orvos neve olvashatóan) (nyilatkozó személy neve olvashatóan)
--	---	---

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*: (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra | <input type="checkbox"/> cselekvőképtelen beteg |
| <input type="checkbox"/> korlátozottan cselekvőképes beteg | <input type="checkbox"/> nyilatkozattételre jogosult személy** |
| <input type="checkbox"/> törvényes képviselő | |

..... (kezelőorvos neve olvashatóan) (tanú neve) (tanú neve)
---	----------------------	----------------------

..... (kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje) (tanú lakcíme) (tanú lakcíme)
---	-------------------------	-------------------------

*Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

**Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.