

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Szalpingosztomatoplasztika (petevezető plasztikai műtete)		
Változat: 03	Hatályos: 2017.05.22.	1. oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 2
Dokumentum száma: Bny./SzN./24	Hatályba helyezte: Dr. Fenyőházi Jenő osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ száma:

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében szalpingosztomatoplasztika műtéti beavatkozás válik szükségessé. A Siófoki Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály gyógyító csoportja a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy – mindent mérlegelve – döntsön, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

A beavatkozás jellege:

Terápiás jellegű műtéti beavatkozás.

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul).....

A beavatkozás tervezett időpontja:

A beavatkozás célja:

A petevezető eredetű meddőség oka leggyakrabban a vezeték méhtől távol eső végének a megbetegedése (gyulladás, hegesedés, összenövés, elzáródás). Ezen elváltozások megszüntetése a cél annak érdekében, hogy mielőbb sikeres terhesség jöhessen létre.

Hogyan történik a beavatkozás?

Az altatóorvos által javasolt érzéstelenítési módban a megfelelő műtéti előkészítést követően végezhetjük a műtétet a has megnyitásával kis harántmetszésből (bikini) a szeméremcsont felett, de a technika fejlődésével előfordulhatnak hasi tükrözés útján történő beavatkozások is. A műtét során igyekszünk a talált elváltozásokat megszüntetni és egy új szájadék képzésével a petevezetőt átjárhatóvá tenni.

Mik a beavatkozás esetleges szövődményei?

Szövődmények gyakoriságát emelhetik társbetegségek, élvezeti szerek fogyasztása, túlsúlyosság, családban gyakrabban előforduló betegségek, előzményben szereplő műtétek és azok szövődményei. Ezekről feltétlenül tájékoztassa orvosát.

Műtét alatt hasi szerv (húgyhólyag, húgyvezeték, bél) sérülése, melyek ellátása azonnal, még a műtét alatt megtörténik. Műtét alatt kialakulhat olyan vérzés, mely miatt vérkészítmény adására is kényszerülhetünk. Fertőzések, sebgyógyulás, vérszegénység is kialakulhat.

Műtét utáni történések:

A beteg 24 órás szubintenzív megfigyelése. Műtét után őrzőszobába kerül, ahol műszerekkel vér és vizelet vizsgálatokkal követjük állapotát. Állandó vénatűjén keresztül pótoljuk a veszteségeket, adjuk a gyógyszereket. Vizeletét minimum 24 órán át katéteren vezetjük le. Inni csak kellő éber állapotban kap, enni pedig csak a kellőképpen beindult bélműködés után. A műtét után belei renyhébben működnek, ha gyógyszerekre nem reagálnak, nagyon ritkán el is záródhatnak, mely miatt esetleges korrekciós műtetre is szükség lehet. Műtét után felléphet lázas állapot, amelyeket gyógyszerekkel csillapítunk.

Panaszmentesség esetén, varratszedést követően a 7. napon otthonába bocsátjuk.

Várható következmények:

Eleinte hasúri fájdalmak lesznek, melyeket csillapítunk, idővel ezek enyhülnek, szűnnek.

Kisebb-nagyobb letapadások alakulhatnak ki a hasban, amelyek időszakos fájdalommal, frontérzékenységgel járhatnak. A műtét sikerességét eredményes terhesség jelezheti.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Szalpingosztomatoplasztika (petevezető plasztikai műtete)		
Változat: 03	Hatályos: 2017.05.22.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 2
Dokumentum száma: Bny./SzN./24	Hatályba helyezte: Dr. Fenyőházi Jenő osztályvezető főorvos		

Milyen alternatív megoldás lehetséges?

Különféle „lombik-bébi” programban való részvétel lehetősége.

Mi a teendő a beavatkozás után?

Műtétet követő 6 hét múlva kontroll vizsgálaton jelentkezzen, panasz esetén azonnal. A kontroll vizsgálatig kímélő életmód javasolt.

Műtét elmaradásának következményei:

A terhesség bekövetkezésének a valószínűsége csaknem a nullával egyenlő marad.

Beleegyezési nyilatkozat

A műteti beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, az általam feltett kérdésekre megnyugtató, kielégítő válaszokat kaptam, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....
 a felvilágosítást végző személy

.....
 beteg/törvényes képviselő aláírása

Siófok,..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....
 a felvilágosítást végző személy

.....
 beteg/törvényes képviselő aláírása

1.Tanú:.....
 aláírás

2.Tanú:.....
 aláírás

Siófok,..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!