

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY	FNY1011/1
		Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a szüléslevezetés módjáról, előzetes császárműtéten átesett szülőnő részére		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A SZÜLÉSLEVEZETÉS MÓDJÁRÓL, ELŐZETES CSÁSZÁRMŰTÉTEN ÁTESETT SZÜLŐNŐ RÉSZÉRE

1. Beteg¹ neve:

TAJ száma:

Beküldő diagnózis:

2. Tájékoztató tartalma:

Ismernem a tényt, hogy rajtam korábban császárműtétet (továbbiakban császármetszés) végeztek.

Megértettem és tudomásul veszem, hogy

1. Előzetes császármetszés utáni hüvelyi szülés alacsonyabb kockázatokkal jár, mint ha ismételten császármetszést végeznek rajtam.
2. Lehetőségem van ismételten császármetszés végzését kérni, vagy választani a hüvelyi szülést előzetes császármetszés után.
3. Az előzetes császármetszés után hüvelyi szülést választó nők körülbelül 70%-a képes sikeresen hüvelyi úton szülni.
4. A szülés valamennyi módja kismértékű kockázatot jelent az anya és a magzat számára egyaránt.
5. Az előzetes császármetszés utáni hüvelyi szülés során körülbelül 1% annak a kockázata, hogy a méh azon részén, ahol a korábbi műtét történt méhrepedés lép fel.
6. Amennyiben az előzetes császármetszés utáni hüvelyi szülés során méhrepedés következik be, az ilyenkor elvégzendő sürgős császármetszéssel sem minden esetben előzhető meg a súlyos anyai vagy magzati károsodás.
7. A döntést, mely szerint megkísérlem az előzetes császármetszés utáni hüvelyi szülést, teljes mértékben nekem kell meghoznom. Tudom, hogy van lehetőségem ismételten császármetszés végzését kérni, ezt a lehetőséget ismertették velem.
8. Sikeres hüvelyi szülés esetén a szülés után kevesebb problémám lesz, és rövidebb ideig kell kórházban tartózkodnom, mint császármetszés után.
9. Előzetes császármetszés utáni hüvelyi szülés során a méh izomzatának összehúzódását segítő Oxytocin hormon adása válhat szükségessé a szülés segítése céljából, és ennek a hormonnak az adása szövődményekkel járhat, melyet előttem részletesen ismertettek.
10. Amennyiben hüvelyi szülést választok, és a szülést mégis császármetszéssel kell befejezni, a lehetséges szövődmények esélye valamivel nagyobb, mint ha eleve ismételt (tervezett) császármetszést végeznék rajtam.
11. Előzetes császármetszés utáni hüvelyi szülés esetén gyakrabban van szükség úgynevezett hüvelyi szülésbefejező műtét (vacuumextractio, fogóműtét) végzésére.
12. Ha tervezetten ismételt császármetszést végeznek, azt a betöltött 39. héten végzik el, a magzat méhen belüli elhalásának 39. hét utáni kissé fokozottabb veszélye miatt.

A beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **A beteg 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 SZÜLÉSLEVEZETÉS MÓDJÁRÓL ELŐZETESEN CSÁSZÁRMŰTÉTEN ÁTESETT SZÜLŐNŐ ESETÉN

A HÜVELYI ÚTON TÖRTÉNŐ SZÜLÉSBE, VAGY A CSÁSZÁRMETSZÉSBE BELEEGYZEM AZ ALÁBBIK SZERINT:

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő szülési mód megválasztásának érdekében rajtam *szülés vagy császármetszés**** elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót

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	FNY1011/1
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a szüléslevezetés módjáról, előzetes császárműtéten átesett szülőnő részére		Változat: 2
		Oldalszám: 2/2

elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálattal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt rajtam a *szülés vagy császármetszés**** nem végezhető el.

*****Megfelelő szülési módot kérjük aláhúzni, vagy bekarikázni!**

Ezúton nyilatkozom, hogy:

a hüvelyi úton történő szüléshez

hozzájárulok

nem járulok hozzá

az ismételt 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 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 fenti nyilatkozatomat - a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyző 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.

Kelkezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató orvos neve
olvashatóan)

.....
(műtétet/beavatkozást végző
orvos neve olvashatóan)

.....
(nyilatkozó személy neve
olvashatóan)

.....
(tájékoztató orvos aláírása,
orvosi pecsétje)

.....
(műtétet/beavatkozást végző
orvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(nyilatkozó személy aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra

korlátozottan cselekvőképes beteg

cselekvőképtelen beteg

törvényes képviselő

nyilatkozattételre jogosult személy**

.....
(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.