



Dr. PJ (Pieta) Geysler

MB ChB (Stell) MMed (OetG) (Pret) FCOG (SA)

Ginekoloog & Verloskundige • Gynaecologist & Obstetrician

Kerkstraat 148
Rustenburg, 0299
Postnet Suite 83
Privaatsak X82329
RUSTENBURG, 0300

Pr. 1609815

Tel. (014) 594 0340
(014) 594 0341
Faks (014) 594 0342
Tel. (014) 592 7059 (H)
Sel. 083 457 4980

INGELIGTE TOESTEMMING EN VERSOEK VIR DILITASIE EN SKRAPING, HISTEROSKOPIE, OF SERVIKALE BIOPSIE.

Ek, _____ versoek dat Dr. PJ Geysler en sy assistente en/of kollegas die volgende op my uitvoer (*omkring asb.*):

1. Dilatasie en Skraping – Verwydering/ vergroting van die kanaal van my baarmoeder en die skraap daarvan, om weefsel te kry, vir die studie.
2. Histeroskopie – Kyk in my baarmoeder met n teleskoopagtige instrument en moontlike verwydering van enige abnormale weefsel, soos fibroïed gewasse, poliepe of littekenweefsel.
3. Servikale biopsie – Verwydering van weefsel van die punt van my uterus, vir weefselstudie.

Diagnose en Prosedure: Die volgende is aan my verduidelik, en ek verstaan:

- My kondisie is gediagnoseer as: _____

- Die doel van die prosedure is : Diagnose en chirurgiese behandeling volgens diagnose

Algemene Risiko's van Chirurgie: Met die uitvoering van die prosedure, is daar algemene risiko's nl:

- *Infeksie, Allergiese reaksie, Letsels, Bloedverlies, U kan die funksie van enige ledemaat, of orgaan verloor, Verlamming, Breinskade, Hartstilstand, of selfs Dood. Met inagneming van hierdie algemene Risiko's, mag daar ander moontlike risiko's wees, tydens die prosedure. Hierdie risiko's of komplikasies sluit in, maar is nie beperk tot:*

1. Perforasie van my uterus (baarmoeder) – dit is as een van die instrumente deur die wand van die uterus kan gaan, en dit nodig mag wees om n onmiddellike of toekomstige operasie te ondergaan, wat kan lei tot die verwydering van my uterus en/ of buise en ovaria.
2. Biopsie van my serviks – wat dit vir my moeilik kan maak om swanger te raak, of my vermoë om my swangerskap die volle termyn (9 maande) te dra, kan beïnvloed.
3. Besering tot my serviks, uterus, buise en buik – wat dit noodsaaklik maak vir onmiddellike en/ of toekomstige Chirurgiese prosedures.

Alternatiewe vorme van Behandeling is aan my verduidelik, dit sluit in:

1. Spreekkamer biopsie van die wand van my uterus (Endometriële biopsie) of serviks (servikale biopsie)
2. Hormoonbehandeling
3. Doen niks en aanvaar die nagevolge van my huidige mediese toestand.

Hierdie vorme van behandeling is aan my verduidelik, en ek het hierdie Chirurgiese prosedure gekies as metode van behandeling.

Ingeligte Toestemming: Ek verstaan en aanvaar dat gedurende die prosedure onverwagte en onvoorsiene toestande kan ontstaan, en dit nodig mag wees vir n verlenging van die prosedure, of om n ander prosedure (nie hierbo genoem) uit te voer. Ek versoek dat Dr. PJ Geysler en sy kollegas/assistente die addisionele prosedures mag uitvoer na hulle oordeel. Hiermee erken ek dat ek alles deurgelees het, of aan my gelees en verduidelik is, en dat ek alles verstaan. Ek is die kans gegun om vrae te vra, en enige vrae wat ek gevra het is aan my beantwoord en aan my verduidelik.

Ek verstaan dat medikasie nie n presiese wetenskap is nie, en ek verstaan dat daar geen waarborge kan wees met die eindresultate nie.

Met die inagneming daarvan, versoek ek dat Dr. PJ Geysler en sy kollegas/assistente met die chirurgie kan voortgaan.

Pasiënt: _____ Datum: _____

Getuie: _____