



# Dr. P J (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 ENDOMETRIELE ABLASIE

Ek, \_\_\_\_\_ versoek dat Dr. PJ Geysler en sy assistente en/of kollegas die volgende op my uitvoer: Endometriële ablasie of reseksie

**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 van 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. Besering tot die buik, blaas ureter, uretra, serviks, vagina en fallope buise
2. Vorming van 'n vesiko-uteriene fistel
3. Kolostomie.
4. Perforasie van die uteriene wand en termiese besering aan nabygeleë weefsel
5. Bloedverlies wat mag lei tot 'n bloedoortapping
6. Infeksie of sepsis
7. Geen of geringe verbetering van my kondisie
8. Ek na die prosedure steeds kan swanger raak en kontrasepsie steeds nodig is. Indien ek sou swanger raak, ek glad nie die swangerskap kan hou nie en Histerektomie moet uitgevoer word
9. Lug of gas embolisme

### Alternatiewe vorme van behandeling sluit in:

1. Doen niks en aanvaar die gevolge van my huidige kondisie
2. Hormoon terapie intra-uteriene apparaat
3. Medikasie en hormoonterapie

Hierdie alternatiewe behandeling is aan my verduidelik, en ek verkies die Chirurgiese prosedure as middel 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 nie) 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.

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Pasiënt nie in staat in te teken nie? Rede? \_\_\_\_\_ Verwantskap tot pasiënt: \_\_\_\_\_

Persoon wat toestemming gee: \_\_\_\_\_ Getuie: \_\_\_\_\_