



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Infúziós kezelés szédülés, fülzúgás, halláscsökkenés esetén

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatálybalépés:
2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTÁLY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD: 150110602

Tel.: +3642599700

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképés

☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

☐ bb) gyermeke, ennek hiányában

☐ bc) szülője, ennek hiányában

☐ bd) testvére, ennek hiányában

☐ be) nagyszülője, ennek hiányában

☐ bf) unokája

☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképés

☐ ca) gyermeke, ennek hiányában

☐ cb) szülője, ennek hiányában

☐ cc) testvére, ennek hiányában

☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában

☐ cc) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli-e támogatója jelenlétét?

Igen / nem¹

Ha igen:

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

¹megfelelő rész aláhúzendó

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): A belső fül működésének zavara miatt többféle tünet is jelentkezhet: egyensúly-bizonytalanság, heves, forgó szédülés, fülzúgás, hirtelen hallásvesztés. Ezeknek hátterében számos ok állhat pl. vérnyomás ingadozás, alacsony vérnyomás, magas vérnyomás, érszűkület, érelzáródás, vérkeringési zavar, vírusfertőzés, fejét ért sérülések, hirtelen erős hanghatás, tartósan fennálló zaj, nyomásváltozások, nyaki gerinc bántalmak, anyagcserebetegségek, érlemeszesedés, gyógyszer mellékhatások.

2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul): A belső fül vérellátását javító gyógyszerek adása, melyek segítik a belső fül regenerációját, megelőzik vagy lassítják a további romlást. Ezek a gyógyszerek értágítók (pl. piracetam, vinpocetin, pentoxifillin). A kezelés infúziós kúra vagy vénás injekció formájában valósul meg.

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

Előnye: Az infúzió során értágító anyagokat juttatnak a szervezetbe, ezek az anyagok javítják a károsodott területek vérellátását, segítik az idegsejtek anyagcseréjét, javítják az úgynevezett kognitív funkciókat (tanulás, figyelem, memória). Ezáltal csökkenthetik a fülzúgás erősségét, hirtelen hallásvesztésnél javulhat a hallás, csökkenthetik az egyensúly-bizonytalanság érzetét.

Kockázatai: A várt javulás elmaradása. Leggyakoribb mellékhatások a következők lehetnek: fejfájás, szédülés, vérnyomáscsökkenés, hányinger, hányás, hasi panaszok, nyugtalanság, szorongás, bőrküti, gyógyszer túlérzékenységi reakció, mely akár az életet is veszélyeztetheti, álmatlanság, aluszékonyság, véna gyulladása/vénás vérömleny (trombózis) keletkezése, fájdalom, duzzanat, bőrpír az infúzió adása helyén. Szív-, vesebetegknél belgyógyászati alapbetegségük rosszabbodása.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A beteg állapota romolhat, a halláscsökkenése fokozódhat, véglegessé válhat, hallását teljesen elveszítheti. A szédülés, egyensúlyzavar veszélyeztetheti testi épségét, rontja az életminőséget, további betegségeket, szövődményeket okozhat. A fülzúgás fokozódhat, rontja az életminőséget, idegességhez, depresszióhoz, stresszhez vezethet, rontja a hallást, illetve a beszédértést, alvászavart okozhat.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: gyógyszerek (értágítók, B-vitamin komplex, betahisztin) szedése szájon át, gyógytorna, fizioterápia, szorongásos zavarok, pánikzavar, depresszió esetén pszichiátriai kezelés, hangterápia (zajgenerátor, Zen-program, akusztikus neuromoduláció), pszichológussal együttműködve relaxációs technikák elsajátítása, halláscsökkenés esetén hallókészülék-próba.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: A kezelést megelőzően szakorvosi vizsgálat, laborvizsgálat, hallásvizsgálat, szükség szerint belgyógyászati és ideggyógyászati szakvizsgálat történik. Az infúziós kúra általában 5 napig tart, de szükség esetén a kezelés megnyújtható 7-14 napig is. Az értágító gyógyszerek mellett más gyógyszerek, pl. szteroid adására is sor kerülhet, erről az orvos dönt a betegség jellegétől függően. Az infúziót a beteg nyugalomban, fekvéskor kapja, egy infúzió beadásának időtartama 2-3 óra is lehet. Az infúzió után ágynyugalom javasolt. Ellenjavallt lehet az infúzió gyógyszerallergia túlérzékenység, súlyos vesebetegség, szívbetegség esetén, ezeket mindenképpen jelezni kell a kezelőorvosnak.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztól mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....

.....

(p:)
kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....
.....

Figyelmeztetés!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességben az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

(p:)
kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....
.....

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

.....
(p:)
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségemről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

.....
.....
.....
.....
.....

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700