



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

supraaorticus PTA (értágítás)

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:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes 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, cselekvőképes

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, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában

cb) szülője, ennek hiányában

cc) testvére, ennek hiányában

cd) nagyszülője, ennek hiányában

ce) 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 / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:
Címe:
Telefonszáma:

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul):

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

Az érfestés kapcsán olyan mellúri ütőér (arteria subclavia vagy arteria anonyma vagy arteria carotis communis) elzáródásra vagy szűkületre derült fény, amely feltárással műtét nélkül, katéteres úton is kezelhető. A magas sebészi rizikó miatt a katéteres megoldás várható eredménye nem rosszabb a sebészeti megoldásnál, ill. olyan érterületen is kivitelezhető, ahol sebészi úton már nincs terápiás lehetőség.

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

A beavatkozás közben ritkán (2-3 %-ban) szövődmények is előfordulhatnak, mint pl. a tágított ér ismételt elzáródása, a behatolás helyén vérömleny, a tágított érfalon rögzösödés és abból lesodródó alvadék a felső végtag fájdalmas kifehéredéséhez, ill. vérellátási elégtelenség miatti szöveti elhaláshoz vezethet. Mivel a kinyitandó/tágítandó ér az agyi erek egyikével is kapcsolatban van, az elsodródó véralvadék, vagy érfali plakkk darabka bénulás tüneteket vagy egyéb neurológiai tüneteket is okozhat. Létrejöhet a felhasznált kontrasztanyag okozta túlérzékenységi reakció, vagy szerv - elsősorban vese - károsodás.

A beavatkozás egy fémből készült háló, ún. stent beültetését teheti szükségessé, amennyiben a ballonkatéteres tágítás nem bizonyul kellően hatékonynak. Ez a stent a tágított érben marad, onnan a későbbiekben nem távolítható el. Ezen idegen anyag okozta reakcióként az ér a későbbiekben a stenten belül újra beszűkülhet (kb. 15%-ban), amelyen ez esetben ismét tágítani kell.

Fontos, hogy a vizsgálat előtt ne szomjazzon, és a vizsgálat után is bőségesen fogyasszon folyadékot!

Önnek korábban volt kontrasztanyag túlérzékenységi reakciója: /A megfelelő válasz aláhúzendó/ **Igen – nem**

vagy az alább felsorolt betegségek bármelyikében szenved, vagy állapotos /Kérem, jelölje X-szel./

- Terhesség
- Kontrasztanyag túlérzékenység
- Allergia
- Tablettával kezelt cukorbetegség
- Myeloma multiplex
- Myasthenia gravis
- Hyperthyreosis (pajzsmirigy túlműködés)
- Vesebetegség, veseműködés romlás
- Szívelégtelenség, kiszáradás
- Véralvadási zavar

Kérjük, sorolja fel rendszeresen szedett gyógyszereit:

.....
.....

A vizsgálat kockázatai:

- utóvérzés a szúrás helyén (ez esetleg sürgős műtétet tehet szükségessé)
- trombózis vagy az alvadék elsodródása miatt távolabbi érszakaszon (felső végtagi erek, nyaki vagy agyi erek) elzáródás (ez esetleg sürgős műtétet tehet szükségessé)
- a tágított ér behártyájának sérülése, az ér megrepedése (ez esetleg sürgős műtétet tehet szükségessé)
- enyhébb vagy súlyosabb kontrasztanyag túlérzékenységi reakciók (esetleg szerv – leggyakrabban vese – károsodás) vagy a stent anyagával szembeni túlérzékenységi reakció

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai: Az elzáródott vagy beszűkült artéria által ellátott felső végtag elhalhat, súlyos fertőzés (gangrena, sepsis) jöhet létre, illetve neurológiai tünetek (pl. bénulás) kialakulásának veszélyével is számolni kell.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Érsebészeti műtét.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Helyi érzéstelenítést követően leggyakrabban a comb és kar artériába vezetett katéteren keresztül jódtartalmú kontrasztanyag beadását követően röntgen-felvételek készülnek. A beszűkült érszakasz tágítása az érbe vezetett felfújható műanyag ballonnal történik. Ha a tágítás önmagában nem sikeres, hasonló módszerrel egy fémből készült hálót (stentet) helyeznek be, hogy az nyitva tartsa az eret. A beavatkozást befejezése után a szúrás helyét nyomni fogják és nyomókötés is felhelyezésre kerül. Bizonyos helyzetekben érelzáró öltést vagy záróeszközt használnak, a nyomás helyett vagy emellett. A beavatkozás legalább 24 órás kórházi megfigyelést igényel.

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 döntsek 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 megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Tudomásul veszem, hogy az SzSzBVK Nyíregyházi Jósa András Tagkórházban gyakorlati oktatás is zajlik.

Dátum:

.....
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 cselekvőképességében 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:

.....
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

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:

.....
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:	

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.

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)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

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

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.