



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43Változat: 1
Hatályba lépés:
2017-01-09

Angiographia

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház**Telephely megnevezése:****Telephely címe:****OSZTALY 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 angiographiás vizsgálat az érrendszer nagy pontosságú ábrázolására szolgáló eljárás. Ez egy ún. invazív vizsgálati módszer, amelynek során az érpályába vezetett vékony csövön (katéteren) keresztül festék-szerű anyagot (kontrasztanyagot) adunk be. Így ábrázoljuk az erek különböző rendellenességeit (szűkület, elzáródás, fejlődési rendellenességek), vagy vérzések forrását.

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

A beavatkozás kockázatai a katéterezésből magából, a kontrasztanyag beadásból, a vizsgálat közbeni röntgensugár alkalmazásából és az Ön egyéb, már meglévő betegségeinek kockázataiból tevődnek össze.

Ezért fontos tudnunk, hogy Ön

/a megfelelő választ kérjük X-el jelölje/

| | IGEN | NEM |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Diabeteses-e (cukorbeteg)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha igen, diabetesét tablettával kezelik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha igen, diabetesét insulinnal kezelik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Volt-e vagy van-e vesebetegsége? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kezelik-e Myeloma multiplex miatt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kezelik-e Myasthenia gravis miatt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kezelik-e Hyperthyreosis (túlzott pajzsmirigy működés) miatt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tud-e fennálló terhességéről? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Van-e ismert allergiája, kontrasztanyag vagy Lidocain túlérzékenysége? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....
Szíveskedjék felsorolni a rendszeresen szedett gyógyszereit!.....
.....
.....

A vizsgálat kockázatai:

- utóvérzés a szúrás helyén
- trombózis az érben
- enyhébb, vagy súlyosabb kontrasztanyag érzékenységi reakció (bőrkiütés, hányinger, melegség érzés, ritkán szívritmus zavar, eszméletvesztés, gégevizenyő)
- agyi érfestésnél állapot rosszabbodás.

6./ **Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:** Kezelést igénylő betegségére nem derül időben fény. Az érszűkület elzáródássá alakulhat és ez akár az érintett végtag elvesztését is maga után vonhatja.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- Ultrahangos érvizsgálat
- CT angiographia (ezek pontossága nem mindig éri el a katéteres angiográfia információ tartalmát.)

8./ **Az ellátás folyamata és várható kimenetele:** Helyi érzéstelenítést követően az alkari, vagy a comb arteriába bevezetett katéteren keresztül jódtartalmú kontrasztanyag beadásával röntgenfelvételek készülnek. A vizsgálat után kórházi megfigyelés szükséges.

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.

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!

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

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

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)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

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