



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Epeúti beavatkozás

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatályba lépés:

2017-01-09

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

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 / nem <sup>1</sup>
<b>Ha igen:</b>	
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 kockázatai:-**

Előzetes vizsgálatok kapcsán epeúti szűkületre, vagy elzáródásra derült fény, mely tükrözéssel nem oldható meg. Ez a beavatkozás arra szolgál, hogy a felgyülemlett epe mennyiségét csökkentse, illetve azt feltárásos műtét nélkül megszüntesse. Ez a beavatkozás kórházi bennfekvés nélkül is elvégezhető és az Ön

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendó.

szervezetét jóval kevésbé terheli meg, mint egy altatásos műtét. Az alternatív műtéti eljárásnál pedig e katéteres beavatkozás sokkal kisebb kockázatú.

Ezen előnyök mellett vannak bizonyos kockázatai is a beavatkozásnak.

Szövődmények természetesen előfordulhatnak, de ezek valószínűsége kicsi, nem kezelt esetben pedig az elzáródásos sárgaság végzetes lehet.

**A lehetséges szövődmények** a vérzés, epecsorgás, az epeutak fertőződése, hashártyagyulladás, baktériumok véráramba jutása, valamint kontrasztanyag túlérzékenységi reakció.

A beavatkozás a máj állapotát, annak működését nem javítja, annak betegségét nem gyógyítja meg. Jelentősen javíthatja azonban az életminőséget, megszüntetheti a sárgaságot, csökkentheti a kórházban töltendő időt.

A szövődmények megelőzése érdekében kérjük, hogy az alább felsorolt kérdésekre **a megfelelő válasz aláhúzásával válaszoljon:**

**Tud-e vérzékenységről?** igen                      nem

**Szed-e véralvadás gátló gyógyszert?** igen                      nem

**Lidocain vagy egyéb gyógyszerérzékenysége van-e?** igen                      nem

**Kérjük, sorolja fel rendszeresen szedett gyógyszereit:**

.....  
.....

**6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:** Beavatkozás nélkül betegsége súlyosbodására lehet számítani.

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

**8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A beavatkozás helyi érzéstelenítésben zajlik. Az epe természetes úton, a belek felé kiürülni nem tud, ezért a bőrön át egy vastag katétert juttatunk az epeutakba, és az epe azon keresztül ürül ki. Ez a katéter több hétig bennmaradhat, ennek során fertőződhetnek az epeutak is a külvilág felől.

Amennyiben tágitással önmagában nem megoldható epeúti szűkületre derül fény, az epeutakba egy fém protézist ültetünk be, amelyet onnan eltávolítani nem lehet. A protézis a későbbiekben elzáródhat, de ettől állapota nem lesz súlyosabb a jelenleginél.

**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.

Alulírott, kijelentem, hogy a rajtam elvégzendő beavatkozásra ( epeútfestés, az epe elvezetése külső katéteren át, esetleg fém protézis beültetés az epeutakba) vonatkozóan az írásbeli tájékoztatót elolvastam, a tájékoztatást

megértettem. Szóbeli tájékoztatás keretében, személyre szólóan, közérthető szóhasználattal, részletes felvilágosítást kaptam. A beavatkozás lehetséges kockázataival, szövődményeivel, mellékhatásaival kapcsolatban minden kérdésem megválaszolást nyert. A fenti tudnivalókat megértettem, tudomásul vettem további kérdésem nincs. A döntésre elegendő időt kaptam.

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**