



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1  
Hatályba lépés:  
2017-01-09

## Plasmapheresis

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): **Plasmapheresis**

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

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

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

**A kezelés célja:**

- Kóros vagy extrém mennyiségben jelenlévő plazma komponens(ek) eltávolítása.

- Kóros vagy extrém mennyiségben jelenlévő sejt komponens(ek) eltávolítása.

**A kezelések száma:** 4, 5, esetleg 6

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

### **Egyéb lényeges tudnivalók:**

- A kezelés megkezdése előtt lehetőség szerint könnyen emészthető, alacsony zsírtartalmú étel ajánlott, bőségesen kell folyadékot fogyasztani.
- Közvetlenül a kezelés előtt és után gyógyszert csak az apheresist végző orvos tudtával és beleegyezésével szabad bevenni.
- Ambuláns kezelés esetén az apheresist követően legalább 2 órát a helyszínen kell tölteni megfigyelés céljából. Gépjárművet aznap tilos vezetni.
- Ha az apheresis alatt vagy azt követően szokatlan panasz jelentkezik, erről feltétlenül tájékoztatni kell az apheresist végző orvost.

### **Kockázatok, lehetséges szövődmények:**

- A terápiás apheresis kapcsán fellépő szövődmények általában enyhék és viszonylag ritkák.
- Perifériás vénák szúrásának szövődményei: vérömleny, a vénafal gyulladása, hegesedése, a véna végleges elzáródása, idegsérülés.
- A centrális kanül szövődményei: légmell, vérzés, fertőzés.
- Véralvadásgátló okozta szövődmények:  
ACT: zibbadás, remegés, reszketés, görcs, szívritmuszavar.  
Heparin: fokozott vérzésveszély.
- Plazmapótszerek, albumin szövődményei: túlérzékenységi reakció, fertőzés átvitel.
- Technikai okokból adódó szövődmények: szerelék szakadás miatti acut vérvesztés, mechanikus haemolysis, légembolia. A felsoroltakon kívül lehetnek egyéb igen ritka, ill. nem várt szövődmények is
- Az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- Személyre szabott kockázatok:

### **6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:**

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

Egyes esetekben vénásan adható nagy dózisú immunglobulin, ennek hatása azonban gyakran elmarad az apheresisétől. Az immunglobulin kezelésnek is vannak mellékhatásai.

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

A beavatkozást ún. „sejt-” vagy „plazmaszeparátor”-ral végezzük. Ehhez többnyire két megfelelő vastagságú perifériás véna szükséges. Ennek hiányában centrális kanül beültetésére van szükség. Az egyik véna a vételi véna, a másik véna a visszaadó véna. Mindkét vénát a sejt, ill. plazmaszeparátor steril, egyszerhasználatos szerelékéhez csatlakoztatjuk. A vételi vénánál véralvadásgátló oldatot keverünk a vérhez. Az alvadásgátló vér pumpák segítségével speciális biocentrifugába vagy szűrőrendszerbe kerül, ahol megtörténik a vér alkotóelemekre történő szétválasztása. Az eltávolítani kívánt komponenst a gép kigyűjti, míg a vér többi komponensét a betegnek visszaadja. Szükség esetén az eltávolított anyag pótlása fiziológiás sóoldattal, plazmapótszerrel, albuminnal vagy vérkészítményekkel (friss fagyasztott plazma, vérlemezke koncentrátum, vörösvérsejt koncentrátum, stb.) történik. A kezelés időtartama a beavatkozás típusától függően 2-3 óra. Egyes esetekben a kezelés járóbetegeknél is elvégezhető.

### **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**