
	<b>Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet</b> <b>a</b> <b>Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza</b> H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. <b>Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.</b>	
	<b>I. sz. BELGYÓGYÁSZAT, GASTROENTEROLÓGIAI Osztály</b> <b>Osztályvezető: Dr. Takács Rita</b> Tel: [36-1] 432-7616 <a href="http://www.bajcsy.hu">www.bajcsy.hu</a> Fax: [36-1] 432-7523	

### Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (perifériás vénakanül)

Tájékoztatjuk Önt, hogy ahhoz, hogy az Önnél tervezett beavatkozást elvégezhessük írásos beleegyezése szükséges. Ez a tájékoztató azért készült, hogy segítse Önt annak megértésében, hogy a beavatkozásnak mi a javallati köre, technikai kivitele, mik a következményei. A beleegyezés aláírása előtt gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz.

Beteg neve..... TAJ:    –    –

Születési idő:     .   .

#### 1./ BEAVATKOZÁS INDIKÁCIÓJA:

##### Gyógyszeres kezelés/ folyadékpótlás

Egyes beavatkozások szükségessé teszik, hogy a vénabiztosítást több napig fenntartsuk. Ilyenkor a tű helyett vénakatétert (branült) vékony, nem testidegen műanyag csövet használunk. A katéterek biztonságosabbak, tovább használhatók és a beteg is jobban tolerálja, mozgásában kevésbé korlátozza.

#### 2./ A BEAVATKOZÁS MENETE:

A beteg elhelyezése, a megfelelő véna kiválasztása: A beteg hanyatt fekvő vagy ülve helyezkedjen el, a kiválasztott végtag szilárd felületen nyugodjon. A könyökhajlat vénáit lehetőleg ne használjuk, mert a könyök hajlításakor a vénakatéter megtörik. Vénakatéter behelyezésére elsősorban az alkar és a kézhát vénáit részesítjük előnyben a könnyű hozzáférhetőség, a behatolási hely karbantarthatósága és a gyulladás csökkent kockázata miatt. A perifériás vénakanülokön beadható folyadék mennyisége a kanül átmérőjével arányos. Egy személy asszisztencia nélkül elegendő a beavatkozás elvégzéséhez.

#### 3./ LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNY:

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható. Gyakori szövődmény a vérömleny. Ritka a folyadék szövetrokzés jutása, kémiai és gyulladásgos vénagyulladás, cellulitis, következményes fertőzés és sepsis. Az irodalomban általában 0–10% közötti arányokról olvashatunk, de ez döntően a centralisan – központi vénába felvezetett, behelyezett kanülok esetén fordul elő.

**A kezelés célja:** A javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, pillanatnyi állapotának, közérzetének javítása. Az orvosa által meghatározott folyadék és gyógyszerek szervezetbe juttatása.

#### 4./ A KEZELÉS ELMARADÁSAKOR VÁRHATÓ:

állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, esetleg életveszélyes szövődmények kialakulása.

## 5./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasztottam. Az orvos kiegészítése:

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

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

## 6./ BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

## 7./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az

ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, ..... év .....hó ..... nap .....óra .....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó  
aláírása

Tanúk:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....