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

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (Ascites punkció, has csapolás)

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:

A hasüregben felszaporodott folyadék terápiás illetve diagnosztikus célból történő leszívása.

A máj és egyéb belső szervek megbetegedése esetén folyadék szaporodik fel. A beavatkozás során a folyadék lebocsátásával a hasüregben a folyadék által okozott nyomás csökkenthető. A leszívott folyadék laboratóriumi elemzésre küldhető.

2./ A BEAVATKOZÁS MENETE:

A folyadék elhelyezkedését az orvos ultrahangvizsgálat, illetve kopogtatás segítségével tudja meghatározni. Előzetes hólyagkiürítés, a hasfal bőrének fertőtlenítése és a bőr alatti szövetek injekcióval történő helyi érzéstelenítése után, megfelelően hegyes, de nem túl vékony tűvel történik a punkció. A vizsgálat során néhány milliliter, de akár több liter folyadék is lebocsátható. A nagymennyiségű hasüregi folyadék lebocsátásakor vénás úton fehérje- albumin pótlásra lehet szükség. A punkciót követően néhány óráig a szúrás helyére szorítókötést helyeznek. A beavatkozás után néhány óráig pihenés javasolt, majd a beteg akadálytalanul folytathatja a szokásos napi tevékenységét.

Ha Önnek gyógyszerérezékenysége van, például a helyi érzéstelenítő szerekre, mindenképpen jelezze kezelőorvosának. Ha vérzékenységben szenved vagy véralvadásgátló gyógyszereket (pl: Syncumar, Warfarin, Marfarin, Colfarit, Astrix, Clopidogrel) szed jelezze orvosának, mert ezek növelik a vérzéses szövődmények kockázatát. Ha Önnek szívbillentyű betegsége van, szükség lehet arra, hogy a beavatkozás előtt antibiotikumot szedjen, melyről kezelőorvosának döntenie kell.

3./ LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNY:

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható. A vizsgálat ritkán az alábbi szövődeményekkel járhat: a mintavétel után néhány óráig fájdalom a szúrás helyén; érzéstelenítőszer iránti túlérzékenység; hasúri vérzés; a hasfalon keresztül ascites csorgás; hasúri fertőzés; szúrásakor a bél-húgyhólyag-lép sérülése; a májbetegséghez társuló tudatzavar fokozódása.

A beavatkozás időtartalma: a lebocsátandó folyadék függvényében 20-30 perc.

4./ A KEZELÉS CÉLJA:

A javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, pillanatnyi állapotának, közérzetének javítása.

5./ 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 megválaszoltam.

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 betegséggemmel, 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: