
	<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>IV. belgyógyászat, Kardiológia osztály</b> <b>Osztályvezető: Dr. Andrassy Péter</b> Tel: [36-1] 432-7644 <a href="http://www.bajcsy.hu">www.bajcsy.hu</a> Fax: [36-1] 432-7644	

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat  
terheléses szívultrahang (DSE) elvégzéséhez**

Tájékoztatjuk Önt, hogy jelen beleegyező nyilatkozat aláírásával terheléses szívultrahang (stressz echocardiographia) vizsgálathoz adja hozzájárulását. Fenti beavatkozást szakorvos javaslatára végezzük. A javaslat felállításának a mindenkor, érvényben lévő szakmai irányelveken kell alapulnia. Osztályunk a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy – mindent mérlegelve – dönthessen és beleegyező nyilatkozatát adhassa a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásokat végző, vagy a beavatkozásokat előkészítő orvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

**Beteg neve**..... **TAJ:**    –    –

**Születési idő:**     .   .

**1. A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE**

A vizsgálat koszorúér-betegség illetve bizonyos billentyűbetegségek súlyosságának megítélése céljából történik.

**2. A VIZSGÁLAT JELLEGE, ISMERTETÉSE**

Intravénásan alkalmazott, pulzusszámot növelő infúziót alkalmazva végzünk szívultrahang vizsgálatot. EKG és vérnyomás monitorizálást végzünk a vizsgálat teljes ideje alatt. Az infúzióban adott gyógyszer adagját egy infúziós pumpa segítségével fokozatosan növeljük. Nyugalomban, a maximális pulzusszám elérésekor és a vizsgálat befejezésével EKG és szívultrahang felvételeket készítünk. Az infúzió közben szívdobogást, melegségérzést, mellkasi fájdalmat, szurkálásokat, szédülést, hányingert, nehézlégzést, szájszárazságot érezhet. Ezek a panaszok a pulzuscökkentő ellenszer beadása után, ill. a pulzus normalizálódása után megszűnnek.

**3. A VIZSGÁLAT CÉLJA**

Koszorúér-betegségre utaló eltérések igazolása, szívinfarktus után szívizom életképesség meghatározása, esetleg szívbillentyű betegségek súlyosságának megítélése.

**4. A VIZSGÁLAT LEHETSÉGES KOCKÁZATAI**

Szövődmények nagyon ritkán fordulnak elő.  
Nagyon ritkán (1:2000) jelentkezhetsz életveszélyes ritmuszavar, szívinfarktus, eszméletvesztés, mely azonnali terápiás ellátást igényel.

**5. A VIZSGÁLAT KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI**

Lásd 2.pont

**6. A VIZSGÁLAT ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

A vizsgálat elmaradása nehezebbé teheti a diagnózis felállítását vagy kizárását, mely egy esetleges terápiás beavatkozás lehetőségét veti el.

## 7. A VIZSGÁLAT HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

A vizsgálat céljától függ az alkalmazható eljárások típusa. Szívizom funkció megítélésére szívizom izotópos terheléses vizsgálat alkalmazható még, mely sugárterheléssel jár. Ha a vizsgálatot a billentyűfunkció megítélése céljából végezzük, a stressz ultrahang más képképző vizsgálatokkal nem helyettesíthető.

## 8. A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

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

Az orvos kiegészítése:

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

Budapest, 20\_\_ . \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

\_\_\_\_\_  
A felvilágosítást adó orvos  
aláírása

## 9. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi 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 betegségemet 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 beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, 20\_\_ . \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

\_\_\_\_\_  
A beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

## 10. ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazza – 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 rögzítenek).

Budapest, 20\_\_ . \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

\_\_\_\_\_  
A felvilágosítást adó orvos aláírása

\_\_\_\_\_  
A beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

Tanúk:

Név:.....

Név:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

Aláírás:.....

Aláírás:.....

1.