
	<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 BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A HASI PARACENTESIS (HAS CSAPOLÁS) ELVÉGZÉSÉRŐL

Tájékoztatjuk Önt, hogy jelen beleegyző nyilatkozat aláírásával a hasi paracentesis (ascites csapolás) elvégzéséhez adja hozzájárulását. A beavatkozást kezelőorvosa javaslatára végezzük el. Osztályunk a fenti beavatkozás részleteiről az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy – mindent mérlegelve – dönthessen és beleegyző nyilatkozatát adhassa a beavatkozások 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, ISMERTETÉSE

A hasüregben, a hashártya lemezei között felszaporodó folyadék (ascites), amely gyulladás, szívelégtelenség, májelégtelenség, veseelégtelenség, daganatos vagy autoimmun betegség következménye lehet. Méretétől függően a hasi szerveket nyomás alá helyezve feszítő fájdalom alakulhat ki, a rekeszizom feltolásával gátolja a légzést, ami fulladáshoz vezethet. Emellett hasi véna trombózis, veseelégtelenség, hepatikus encephalopathia kapcsán tudatzavar léphet fel. Újonnan kialakult vagy ismeretlen eredetű hasi folyadék

### 2. A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A beavatkozás során a bőr fertőtlenítését követően, helyi érzéstelenítés és fájdalomcsillapítás után, a has bal oldalának alsó negyedében egy tűt vagy kanült vezetünk a hasüregbe, majd szívás alatt a folyadékot vagy izzadmányt eltávolítjuk, felszabadítva a hasi szerveket a folyadék kiváltotta nyomás alól.

### 3. A BEAVATKOZÁS CÉLJA

Elsődleges terápiás cél a fájdalom, valamint nehézlégzés csökkenése és/vagy megszüntetése, valamint szervkárosodásokat előzhetünk meg. Hozzájárul a spontán bakteriális hashártyagyulladás megelőzéséhez. Ismeretlen eredetű folyadék esetén további laborvizsgálatokat, mikrobiológiai tenyésztéseket, szövettani vizsgálatokat végezhetünk, ami segíthet a diagnózis felállításában és a helyes kezelés megválasztásában.

#### **4. BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI, LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK**

A hasi paracentesis egy biztonságos eljárás, szövődmények csak az esetek 2-3%-ban jelentkeznek még a nagy kockázatú végstádiumban lévő májbetegéknél is.

A leggyakoribb probléma az ascitesfolyadék folyamatos szivárgása a beavatkozást követően.

A legsúlyosabb szövődmények közé a bélperforáció (a bél kilyukadása) tartozik, emellett előfordulhat súlyos vérzés, súlyos fertőzés is. Mindezek miatt esetlegesen gyógyszeres kezelés (antibiotikum), vagy vérátömlesztés válhat szükségessé.

Nemzetközi irodalmi adatok alapján a hasi szervek sérülésének előfordulása kevesebb, mint 0.2%, a szövődmény miatt végzett sebészeti beavatkozás valószínűsége is alacsony, szintén 0.2% alatti.

Az érzéstelenítéshez használt (pl. Lidocain) gyógyszer kiválthat akár igen súlyos, életveszélyes (anafilaxiás sokk) allergiás reakciót, melynek esélye igen alacsony (kevesebb, mint 0.1%)

#### **5. A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI**

A beteg vitális paramétereit a beavatkozást követő 30 percen ellenőrizzük. A szúrás helyére steril fedőkötést helyezünk fel. Szükség szerint albumin pótlást vagy folyadékpótlást alkalmazunk.

A betegnek 6 órán keresztül hanyatt kell feküdnie, a haspunkció helyén a fájdalomnak röviddel a beavatkozás után megszűnik.

Fennálló ascitescsorgás esetén fedőkötéscsere lehet szükséges, vagy nyomókötést helyezünk fel, ritka esetekben öltésre is szükségessé válhat.

#### **6. ÉLETMÓDBELI VÁLTOZÁSOK A BEAVATKOZÁS UTÁN, VÁRHATÓ KÖVETKEZMÉNYEK**

A beavatkozás eredményéről és az esetleges további teendőkről, valamint a vizsgálati eredményekről szóban is tájékoztatást kap a kezelőorvosától

#### **7. A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI ÉS KOCKÁZATAI**

A beavatkozás elmaradásának egyetlen előnye, hogy a beteg nincs kitéve az esetleges szövődmények egészségkárosító hatásának.

A beavatkozás elmaradása esetén súlyos állapotromlás, spontán bakteriális hashártyagyulladás, tudatzavarral járó agyi károsodás (hepaticus encephalopathia), hasi véna trombózis (portalis thrombosis) jelentkezhet. A szövettani és tenyésztési vizsgálatok során nyerhető fontos klinikai információkat elveszítjük, így a biztos diagnózis felállításának hiányában szakmailag nem biztosítható, hogy a beteg a szükséges és elégséges kezelést megkapja.

#### **8. A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK**

Nincs helyettesítő eljárás.

#### **9. 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 megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasztam.

Az orvos kiegészítése:

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

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

\_\_\_\_\_

A felvilágosítást adó orvos aláírása

## 10. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi tájékoztatót – 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

## 11. 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:.....