



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet</b><br><b>a</b><br><b>Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza</b><br>H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91.<br><b>Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.</b> |  |
|   | <b>Központi Aneszteziológiai, Intenzív Terápiás és Sürgősségi Betegellátó Osztály</b><br><b>Osztályvezető: Dr. Golopencza Péter</b><br>Tel: [36-1] 432-9515<br>Fax: [36-1] 432-9516<br>www.bajcsy.hu        |   |

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat  
centrális véna biztosítás elvégzéséhez**

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **centrális véna** (központi nagy véna) **biztosítása** szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. Az Intenzív Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnel 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 kérdéseire, melyeket megválaszol.

**Beteg neve**..... **TAJ:**    -    -

**Születési idő:**     .   .

**1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE**

**2./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA**

Az Ön állapota szükségessé teszi, hogy

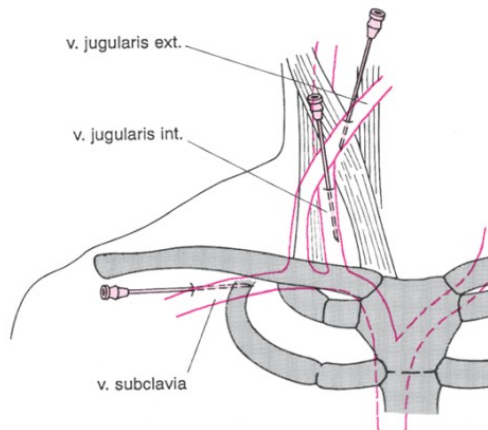
- folyamatos, tartós vénás gyógyszer-, folyadék-, tápszer bevitel érdekében és/vagy
- perifériás véna biztosításának nehézsége miatt, vagy
- veseótló kezelés elvégzésre

centrális vénát biztosítsunk, azaz nagy kaliberű nyaki visszérbe műanyag kanült helyezünk, és azzal a vénás utat fenntartsuk.

**3./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE**

A beavatkozás során helyi érzéstelenítésre kerül sor, így éles fájdalom nincs, csak tapintást, húzást érezhet. A vénabiztosítás szúrással történik. A szúrás helye lehet:

- a nyak oldalsó részén,
- az elülső mellkasfalán a kulcsfont alatt,
- a lágyékhajlatban.



Alkata, a bőrterület épsége, és egyéb tényezők döntik el, hogy mely területen történik a beavatkozás. Érzéstelenítés, bőrfertőtlenítés után, steril körülmények között történik a szúrás. Az Öntől szükséges közreműködést (pl. fekvési helyzetet) az orvos elmagyarázza, folyamatosan felvilágosítja, hogy mi fog történni Önnel. A szúrás során megtalált érbe vezetődrót kerül bevezetésre, majd a bőr tágítása következik és megtörténik a kanül felvezetése, ezt követően a jó helyzetben lévő kanül bőrhöz rögzítése történik és fedése steril kötszerrel.

#### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

Természetesen, mint minden beavatkozásnak, ennek is vannak veszélyei, melyet ismerünk és próbálunk elhárítani. Fertőzés alakulhat ki a bőrén a szúráspontnál, fertőződik a kanül is, így a véráramba is kórokozó kerülhet. A bevezetés során verőér sérülhet, ami vérömleny kialakulásával járhat. Ez elhelyezkedéstől és nagyságától függően nyomási tüneteket okozhat, amíg fel nem szívódik. A nyaki és mellkasi behatolásakor, mivel a tüdőcsúcscs közelben van, légmell jöhet létre, mely miatt mellkasi drain (cső) behelyezésével a levegő levezetése válhat szükségessé.

Vérzés is kialakulhat, ezért a beavatkozás előtt vérzékenység irányába - a sürgős eseteket kivéve - laboratóriumi vizsgálatok történnek. Tartós kanül használat során a ritkán előforduló érrögösödés miatt a kanül elzáródhat. Esetlegesen nem megfelelő pozícióba került kanül esetén új szúrásra, kanülálásra lehet szükség. Ritkán vezetődrót, katéterdarab kerülhet az érpályába, melyet angiológus/ érrendszerrel foglalkozó radiológus segítségével lehet eltávolítani.

Ezen felsorolt szövődmények általában ritkák, előfordulási gyakoriságuk 1 % alatti. Megelőzésük és elhárításuk érdekében mindent megteszünk. A szúrás után ellenőrzés céljából minden esetben mellkas röntgen készül. Ennek segítségével ellenőrizzük a kanül helyzetét, valamint meggyőződünk az esetleges légmell kialakulásáról.

A multirezisztens kórokozókval történő kolonizáció/ fertőzés a betegellátás, kórházi kezelés során nem zárható ki, de ennek előfordulási gyakorisága is 2 % alatti, megfelelő kezeléssel hamar gyógyítható.

##### 4.1. A beavatkozás közben fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

##### 4.2. A beavatkozás után fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

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

##### 5.1. A beavatkozás előtti történések

A beteg vizsgálatával, a kórelőzményi adatok megismerésével, labor- és egyéb vizsgálatok eredményei, illetve aktuális gyógyszerelése (elsősorban alvadásgátló gyógyszerek) alapján megállapítjuk, hogy fennáll-e olyan tényező, ami miatt a beavatkozás ellenjavallt vagy nem elvégezhető, esetleg más időpontra halasztandó.

## 5.2. A beavatkozás utáni történések

A beavatkozás után a kanül helyzetének megítélésére és az esetleges szövődmények kizárására mellkasröntgen felvételt kell készíteni.

A kanült a bőrhöz öltéssel rögzítjük, a testen kívüli „kilógó rész” miatt a kicsúszás elkerülése érdekében fokozott óvatosság javasolt.

A centrális vénás kanül megfelelő ápolás mellett hetekig bent maradhat, gyulladás kialakulása esetén azonban el kell távolítani, illetve amennyiben továbbra is szükség van rá, ki kell cserélni.

## 5.3. Életmódbeli változások a beavatkozás után, várható következmények

### 6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

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

### 8./ 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

### 9./ 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 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 a belegegyezésem 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

### 10./ 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: .....