Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet
a
Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza
H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91.
Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.

Immunonephrológia Osztály
Osztályvezető: Dr. Orosz Attila
Tel: [36-1] 432-7695 muvese@bajcsy.hu
Fax: [36-1] 432-7523 www.bajcsy.hu

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat
(Állandó hólyagkatéter)

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 húgyhólyag katéterezése egy orvosi eljárás, amelynek során egy hajlékony csövet vezetnek a húgyhólyagba. A katétert lehet rövid és hosszútávon alkalmazni.

Rövid távú katéterezésre lehet szükség, ha valami gátolja a vizelet normális ürülését és ezért egy rövid ideig más módon kell biztosítani a vizelet eltávolítását a húgyhólyagból.

Hosszú távú katéterezés alkalmazható, amikor a beteg ágyhoz kötött, és túl gyenge ahhoz, hogy ürítési szükségletét önmaga kielégítse. Ez a módszer alkalmas lehet bizonyos esetekben a vizelettartási problémák (inkontinencia) kezelésére.

2. A BEAVATKOZÁS MENETE:

A katéter behelyezése átmeneti kellemetlenséget okoz.

3. LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNY:

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható. A legfőbb hátránya a katéterezésnek, hogy baktériumok kerülhetnek a szervezetbe a húgycsövön keresztül, ami fertőzést okozhat (35%) húgycsőben, húgyhólyagban vagy ritkán a vesékben, gyakori a hólyag görcsös állapota, ami fájdalmat és hasi görcsöket okozhat. Ritka szövődmény a húgycső sérülése, vérzése (1-2%)

A kezelés célja: A javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, pillanatnyi állapotának, közérzetének javítása.

A kezelés elmaradásakor várható: állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, esetleg szövődmények kialakulása.

4. 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

5. BELEEGYEZŐ 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 kezelésemmel 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 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

6. 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.

Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet
a
Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza
H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91.
Főigazgató: Dr. Bodnár Attila

Immunonephrológia Osztály
Osztályvezető: Dr. Orosz Attila
Tel: [36-1] 432-7695 muvese@bajcsy.hu
Fax: [36-1] 432-7523 www.bajcsy.hu

(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: ……..……..

Budapest: 20…….