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 (perifériás vénakanül)

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:

Gyógyszeres kezelés/ folyadékpótlás

Egyes beavatkozások szükségessé teszik, hogy a vénabiztosítást több napig fenntartsuk. Ilyenkor a tű helyett vénakatétert (branült) használunk. A katéterek biztonságosabbak, tovább használhatók és a beteg is jobban tolerálja, mozgásában kevésbé korlátozza.

2. A BEAVATKOZÁS MENETE:

A beteg elhelyezése, a megfelelő véna kiválasztása: A beteg hanyatt fekve vagy ülve helyezkedjen el, a kiválasztott végtag szilárd felületen nyugodjon. A könyökhajlat vénáit lehetőleg ne használjuk, mert a könyök hajlításakor a véna katéter megtörik. Véna katéter behelyezésére elsősorban az alkar és a kézhát vénáit részesítjük előnyben a könnyű hozzáférhetőség, a behatolási hely karbantarthatósága és a gyulladás csökkent kockázata miatt. A perifériás véna kanülökön beadható folyadék mennyisége a kanül átmérőjével arányos. Egy személy asszisztencia nélkül elegendő a beavatkozás elvégzéséhez.

3. LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNY:

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható. Gyakori szövődmény a vérömleny. Ritka a folyadék szövetközé jutása, kémiai és gyulladásos vénagyulladás, cellulitis, következményes fertőzés és sepsis. Az irodalomban általában 0—10% közti arányokról olvashatunk, de ez döntően a centralisan behelyezett kanülök esetén fordul elő.

4. A KEZELÉS CÉLJA:

A javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, pillanatnyi állapotának, közérzetének javítása. Az orvosa által meghatározott folyadék és gyógyszerek szervezetbe juttatása.

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. 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

7. ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

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

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: ……..……..

Budapest: 20……