

	Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet H- 1106 Budape st , Maglódi út 89-91. Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.	
	X. kerületi szakrendelő Pszichiátriai gondozó Tel: [36-1] 433-3328 www.bajcsy.hu Fax: [36-1] 432-7506	

Tartós hatású injekció beleegyező nyilatkozat

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében depot injekció beadása beavatkozás elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. A pszichiátriai Gondozó a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző 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 kérdéseire feltevésére, melyeket megválaszol.

Beteg neve..... **TAJ:** □□□-□□□-□□□

Gyógyszerérzékenység:.....

1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

(a kívánt rész aláhúzendő)

schizophrenia – a valóság érzékelésének és értékelésének megváltozásával, a gondolkodás jelentős torzulásával, az érzelmek ,a viselkedés a mozgás jelentős módosulásával vagy az érzelmek, a gondolkodás, az akarat, a szociális funkciók színvonalának folyamatos, tartós romlásával járó krónikus zavar.

bipoláris zavar- kóros szintű felhangoltsággal ill. lehangoltsággal járó krónikus megbetegedés

schizoaffektív zavar- olyan krónikus, összetett pszichiátriai zavar ahol a schizophrenia és a bipoláris zavar tünetei is jelen vannak.

paranoid zavar- az énrre vonatkozó téves ítéletekkel (téveszmékkal) járó tartós pszichiátriai zavar.

pszichotikus állapot: akut állapot, mely a valóság érzékelésének, ill. értékelésének súlyos zavarával ill. ennek megfelelő kóros viselkedéssel jár.

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

tartós hatású injekció beadása far-, vagy vállizomba.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A fent részletezett zavarok kezelése illetve az állapotrosszabbodás megelőzése.

A per os (tablettás) kezelés bizonytalanságaiból fakadó hátrányok (gyógyszerbevétel rövidebb-hosszabb elmaradása és az ebből fakadó állapotrosszabbodás) megelőzése- egyenletesebb hatás elérése kevesebb mellékhatás mellett.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

4.1. A beavatkozás közben fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények
fájdalom, kismértékű vérzés

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

Több injekció után Parkinson szindróma tünetei jelenhetnek meg.

Továbbá gyengeség, fáradtság, asthenia, láz, pyrexia, alacsony testhőmérséklet, hidegrázás, ödéma, perifériás ödéma, arc ödéma, rendellenes járás, mellkasi diszkomfort érzés, mellkasi fájdalom, rossz közérzet, szomjúság, gyógyszermegvonási szindróma.

Az injekció beadásának a helyén: kellemetlenség, erythema, pruritus, duzzanat, haematoma, necrosis, tályog, fájdalom, induratio (megkeményedés), cellulitis.

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

5.1. A beavatkozás előtti történések- Érdemi történet nincs.

5.2. A beavatkozás utáni történések- Egyes injekció típusok beadása után fél- egy óra megfigyelés szükséges.

5.3. Életmódbeli változások a beavatkozás után, várható következmények

Jelentős nincs

6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

előnyök: jelentős nincs – a lehetséges kockázatok elkerülése

kockázata: megbízható alternatív kezelés hiányában állapotrosszabbodás következhet be.

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

más eljárás: tablettás kezelési forma

előnyök: érdemi nincs

kockázat: esély a kezelés elmaradására, túladagolás esetén mellékhatások erősödése.

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 óraperc

.....
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 bármilyen 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

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: