

FELVILÁGOSÍTÁSI NYILATKOZAT

Alulírott, _____ kijelentem,

hogy a vérátömlesztés orvosi eljárására vonatkozóan az alábbi felvilágosítást kaptam, az abban foglaltakat teljes egészében megértettem, és tudomásul veszem.

Az eljárás lényege: más ember(ek)-től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt teljes vért vagy véralkotórészt juttatunk az ön szervezetébe, amely önnél jelenleg hiányzik, gyógyszerrel nem pótolható, vagy az ön szervezetében a hiányzó alkotóelem(ek) - vörösvérsejt, vérplazma, vérlemezke (megfelelőt aláhúzni) - termelése nem elégséges vagy fokozottan pusztul, s más módon, mint idegen véralkotóelem bevitelével, nem pótolható.

A beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen sejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajáttal, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrjelenségekkel és más szövődmények kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátömlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint 1% alatt van.

Felvilágosítottak arról is, hogy a vérátömlesztéssel az előírt vizsgálatok negatív eredménye ellenére is fertőzés, elsősorban fertőző májgyulladás kórokozóját lehet átvinni.

A fentiekről részletesen, személyemre vonatkozóan, közérthető szóhasználattal személyesen felvilágosított:

Dr. _____

_____ 20 _ _____ (hónap) ____ (nap)

a felvilágosított személy aláírása

BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

Alulírott megértettem a részletes tájékoztatást az alkalmazni kívánt transzfúzió (vérátömlesztés) céljáról és esetleges veszélyeiről.

Tudomásul vettem, hogy az emberi vérből előállított vérkészítmény adása gyógyulásom érdekében szükséges. Azt is megértettem, hogy - az orvosok által elvégzett minden kötelező, előzetes vizsgálat ellenére - a transzfúzió veszélyeket is rejthet magában.

Mindezek alapján egyetértek azzal, hogy kezelőorvosom, a vérellátó osztály által emberi vérből előállított, vérkészítményt nekem beadja.

Dátum: _____

aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

név

név

Dr. Bugyi István Kórház, Szentes
Belgyógyászat-*Endoscopia*
6600. Szentes, Sima Ferenc u. 44-58.
Tel: 06-63-313-244/336

B e t e g t á j é k o z t a t ó / V i z s g á l a t k é r ő

A z e p e u t a k é s a h a s n y á l m i r i g y v e z e t é k t ü k r ö z é s e - r t g . á b r á z o l á s a

Cél: - az epeutak és a hasnyálmirigy betegségeinek kórismérése és kezelése

A vizsgálat menete: éhgyomorral, előzetes garatérzéstelenítés után a szájon át a nyombélbe vezetett hajlékony műszerrel át rtg. kontrasztanyagot fecskendeznek be az epevezetékbe és hasnyálmirigyvezetékbe. A vizsgálat előtt a beteg nyugtató és bélmozgató bántó injectiót kaphat:

A vizsgálat során szóbjavító műtét értékű gyógyító beavatkozások:

- az epevezeték beszűkítésének elektromos késsel történő bemetszése
- balonnal vagy kosárral a vezeték eltávolítása
- szűk epeútszakaszok áthidalása protézis behelyezéssel az epeelfolyás biztosítására
- szonda bevezetése kőoldáshoz, lökéshullám kezeléséhez
- egyéb speciális beavatkozások

A vizsgálat után 2-3 óráig a beteg aluszékony lehet, aznap nem táplálkozhat, gépjárművet nem vezethet. A vizsgálat után kórházi megfigyelés válhat szükségessé.

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

- az érzéstelenítőszer, a nyugtató injectió vagy a kontrasztanyag iránti túlérzékenység jelentkezhet
- a beavatkozás vérzéssel járhat

A vizsgálat során 2%-ban fordulhat elő általában enyhe hasnyálmirigy gyulladás. Az epevezeték elektromos bemetszés (EST) során 8-10% a szövődmény lehetősége, mely esetenként műtétet igényel.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében

KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről: nem – igen:
Tud-e vérzékenységről: nem – igen; Szed-e véralvadást gátló gyógyszert: nem – igen;.....
Van-e epilepsziája: nem - igen; Van-e zöldhályogja: nem – igen;
Van-e beültetett szívritmusszabályzója: nem - igen; Fennáll-e terhesség: nem – igen;
Van-e egyéb említésre méltó betegsége: nem – igen;

Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgálóorvosának vagy asszisztensnek!

B E L E E G Y E Z Ő N Y I L A T K O Z A T

A betegtájékoztató és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt epe-hasnyálmirigy endoscopos-rtg vizsgálatba beleegyezem.

Szentes, 201

.....
endoscopos asszisztens

.....
vizsgáló orvos

.....
beteg/ gondviselő

V I Z S G Á L A T K É R Ő

Beteg neve: **Születési dátum:**

Lakcím:..... **TAJ:**

Klinikai adatok:

Vizsgálat indikációja:

.....

Dátum:

Vizsgálatot kérő orvos:

Dr. Bugyi István Kórház, Szentes

.....**FERTŐZŐ**.....osztály

Beleegyező nyilatkozat 1.

Beteg neve: TAJ:

A/1. Tanúsítom, hogy orvosaim betegségem természetéről, mely kórisme szerint (magyarul)kellően felvilágosítottak.

A/2. Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábító hatású fájdalomcsillapító, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által indokoltnak tartott vizsgálati eljárások (különösképpen infúzió, injekció, katéterezés) alkalmazásába. A kezelés várható következményeire vonatkozó tájékoztatást is tudomásul vettem.

A/3. Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének az elutasítására. Ez esetben a kezelésem elmaradásából származó és eredő következményekre vonatkozó tájékoztatást is tudomásul vettem, az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy-eredmény alakulásáért az orvosokat – akiknek a kezelését nem fogadom el – a felelősség alól felmentem.

A/4. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a betegellátást a szervezeti egység vezető vagy megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvos – csoport végzi el.

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

B. Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, a döntéseket a kezelőorvosomra bízom.
Felhatalmazom orvosaimat, hogy rajtam a szükséges beavatkozásokat elvégezzék.
(E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.)

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

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

C. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

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

2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

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

3. Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat kérésükre se tájékoztassák:

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

.....évhónap

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása