

MEGBÍZÁS TRANSZFÚZIÓ VÉGZÉSÉRE

név (megbízott)

azonosító adatok

Meggyőződtem arról, hogy a transzfúzió elvégzéséhez a fennálló rendelkezések szerint, a Transzfúziológiai Szabályzat értelmében a szükséges elméleti és gyakorlati ismereteket megszerezte, az egészségügyi szakdolgozói transzfúziós tanfolyamot elvégezte, és eredményes vizsgát tett.

Az egészségügyi dolgozók rendtartása 8.§.-ában kapott felhatalmazásom alapján megbízom Önt, hogy az orvos által felállított és a kórlapban rögzített transzfúziós indikáció alapján, az ott jelzett módon az Ön által jól ismert Transzfúziós Szabályzat előírásait követve és betartva, vérrel illetve vérkészítménnyel végzett transzfúziót, ezen belül:

- a vele kapcsolatos klinikai (betegágy melletti) vércsoport-meghatározásokat,
- a vérkészítmények makroszkópos vizsgálatát,
- a keresztáglutinációs próbát,
- a transzfúzió végrehajtását és befejezését, valamint
- a transzfúzió utáni teendőket

e l v é g e z z e .

A beteg transzfúzió előtti kivizsgálása, a transzfúzió indikálása orvosi feladat. A transzfúzió során észlelt bármilyen rendellenességet köteles haladéktalanul orvosnak jelenteni.

20 _____ hó _____ nap

ph.

osztályvezető főorvos

(Kiállítandó legalább 2 példányban, egy példányt a megbízott dolgozó, egy példányt a kórházi (osztályos) irattár köteles megőrizni!)

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: _____

alíírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

név

név

Beleegyezési nyilatkozat.

Alulírott(név) (szül. idő)

A velem történt személyes beszélgetés során felvilágosítottak arról, hogy a vizsgálatok a felső húgyutakban (vese- vagy vesevezeték) követ állapítottak meg.

Tájékoztatót kaptam a betegség veszélyeiről, és a kezelési lehetőségekről. A jelenlegi kezelési módok választékát megismerve, azok előnyeit és hátrányait összevetve, saját elhatározásomból vállalom hogy a vesében (vesevezetékben) lévő köve/ke/t ESWL (külső lökéshullámú kőzúzás) kezeléssel szétmorzsolják.

Tájékoztatót kaptam a kezelés sürgősségéből. Elmaradása valószínű következményeiről.

Felvilágosítottak az ESWL kőzúzás jellegéről, lefolyásáról, terjedelméről. Mértékéről. Megértettem azt a lényegi okot, amiért ez a kezelés orvosi szempontból előnyt jelent.

Felvilágosítást kaptam a lehetséges szövődményekről, arról, hogy a zúzásnál a kődarabkák a húgyutakat bélelő nyálkahártyát sérthetik, így e kisebb sérülésekből származó vérzés a vizeletet véressé teszi.

Megértettem, hogy ez szinte a kezelés velejárója, amely napokig is tarthat. Tudomásom van arról, hogy bár ritkán, de a vese állományában keletkezhetnek vérömlenyek, amelyek azonban maguktól felszívódnak.

A vesék, vagy a szomszédos szervek maradandó károsodása a lökéshullám kezelés következtében igen ritka, szinte kizárható.

Felhívták a figyelmemet arra, hogy a kezelés után az összetört kődarabok kiürülése azonnal, vagy kezelés után néhány napon belül megindul. A homokszemcse nagyságú kőrészecskék az esetek nagy részében nehézség nélkül távoznak a vesevezetéken keresztül a húgyhólyagba és onnan a húgycsőn át. Felvilágosítást kaptam arról, hogy az esetleges fellépő vesegörcsöket többnyire csillapítani lehet a szokásos görcsoldó és fájdalomcsillapító gyógyszerekkel. (kúp, injekció vagy infúzió formájában) A kötőmelék teljes kiürülése azonban hetekig is eltarthat.

Megértettem, hogy a kezelés utáni kórházi megfigyelés arra szolgál, hogy a kövek kiürülésekor előforduló görcsöket vagy más komplikációkat orvosi felügyelet mellett lehessen követni.

Tájékoztattak arról, hogy a vesevezeték tartós elzáródása esetén a kötőrmelék a hólyag közeli uréter szakaszból érzéstelenítésben végzett hólyagtükrözéssel vékony, speciális eszközzel eltávolítható, illetve helyi érzéstelenítésben vagy altatásban a bőrön keresztül vékony cső helyezhető a vesemedencébe, amely a vizelet elzáródást megszünteti.

Elmagyarázták, hogy amennyiben ezek az eljárások nem vezetnek sikerre, akkor nyílt műtét is szükségessé válhat.

Felvilágosítottak a nálam fennforgó sajátosságokról beleértve szakmám, foglalkozásom vonatkozásait is.

A felvilágosítást megértettem, minden engem érdeklő kérdést feltehettem és tudom, hogy a kezelés eredményességét és kockázatmentességét előre nem lehet garantálni.

A nálam előreláthatóan alkalmazandó orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek, a kezelés kiterjesztéséhez és változtatásához, amely az orvosi intézkedések alkalmazása során előre nem látható okból szükségesnek, vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Vállalom, hogy az orvos utasításait kezelés előtt és után betartom, figyelek az esetleges szövődményekre.

A kezelést követő panaszok jelentkezése esetén az ESWL kezelést végző osztályon jelentkezem és megjelenek az előírt ellenőrző vizsgálaton.

Kelt,év hó-n.

.....
orvos aláírása

.....
beteg aláírása.

Betegtájékoztató

Egynapos műtét, kezelés, diagnosztikus eljárás elvégzéséről, kórházi ápolásról.

Az egynapos sebészeti ellátás keretében történő orvosi ellátás, műtét / beavatkozás általában 24 órán belüli, 8-12 órás kórházi tartózkodást jelent. Intézményünk több osztályán is van lehetőség az egynapos ellátási formában történő sebészeti ellátásra.

Amennyiben kezelőorvosa úgy ítéli meg, hogy az Ön betegsége ellátható egynapos sebészet keretein belül, akkor erről Önt szóban részletesen felvilágosítja. Tájékoztatja a beavatkozásra vonatkozóan részletesen, ismerteti a beavatkozás típusát, a műtét esetleges szövődményeit. A tájékoztatás során Ön kérdéseket tehet fel, amely azért fontos hogy Ön mérlegelve a hallottakat írásos beleegyezését tudja adni a beavatkozás elvégzésére

Közösen áttekintik és megbeszélik a szükséges műtétre, beavatkozásra vonatkozó részletes beleegyező nyilatkozatot, mely tartalmazza a beavatkozás típusát, az esetlegesen előforduló szövődmények formáját, valamint z esetleges szövődmény felmerülésekor az Ön teendőjét illetve a szükséges eljárásrendet.

Előzőeket követően kezelőorvosa beutalja Önt altató orvosi vizsgálatra, ahol megvizsgálják, a műtét előtti kivizsgálás során elvégzett leleteit átnézik (műtét elvégzéséhez bizonyos laboratóriumi vizsgálatokra, EKG-ra, mellkas röntgen vizsgálatra lehet szükség, melynek leleteit, illetve a kezelő orvostól kapott ambuláns lapot, korábbi kórházi kezelés- műtét kapcsán kapott zárójelentést), és amennyiben előzőek alapján az orvos egynapos műtétre alkalmasságot állapít meg altató orvosi beleegyező nyilatkozattal is ellátják, amelyet a műtétre való jelentkezéskor feltétlen hozzon magával.

A műtétet megelőző este szilárd táplálékot még fogyaszthat, éjfélig tiszta vizet, szűrt gyümölcslevet még ihat, reggel már sem enni, sem inni nem szabad. Egyes gyógyszereket, melyet az altatóorvosával az előzetes ambuláns vizsgálat során megbeszéltek, a műtét napján sem szabad kihagyni, ezeket hozza magával, a reggeli adagot egy korty vízzel vegye be, felvételkor tájékoztassa orvosát róla. Értékeit lehetőleg ne hozza magával.

Amennyiben kivethető fogsótlása, kontaktlencséje van, azt közvetlenül műtét előtt el kell távolítani. Kérjük, hozza magával a kórházi bent fekvéshez szükséges alapvető kellékeket: papucs, köpeny, pohár stb.

Az egynapos sebészeti ellátásban részt vesz a kezelőorvos, a műtő-szakasszisztens, az ápoló, valamint az adminisztrátor.

A betegek nyugalma, a gyógyító munka zavartalansága és a fertőzések elkerülése érdekében a kórtermekben egyszerre csak egy látogató - rövid ideig - tartózkodhat. Kérjük Önöket, hogy saját és betegtársaik mihamarabbi felépülése érdekében csak egy hozzátartozóval érkezzenek.

Amennyiben műtét utáni állapotuk megengedi a hazabocsátására délután kerül sor.

Szükséges, hogy hazaszállításáról gondoskodjon, és a tartózkodási helyén a műtétet követő éjszakán a felnőtt felügyelet, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége - az átlagos forgalmat figyelembe véve személygépkocsival/mentővel 30 percen belül biztosított legyen.

Felhívjuk figyelmét, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható komplikációk, melyek a várható gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják, ebben az esetben a Kórház adott profilú

fekvőbeteg osztályára kerül felvételre. Műtéti szövödmények, vagy bármely egyéb panasza esetén, mely hazabocsátását követően jelentkezett, a Kórházunk Sürgősségi Betegellátó Osztályát keresse fel, ahol a megvizsgálják Önt és döntenek a - szükség esetén - kórházi felvételről.

Az egynapos sebészeti beavatkozás utáni kontroll vizsgálatokra, szükség esetén varratszedésre a kezelőorvossal történő előzetes megbeszélés alapján – járóbeteg - ellátásban szakrendelésen kerül sor.

A betegtájékoztatót kezelőorvosomtól megkaptam:

Dátum: _____

Aláírás: _____

..... osztály

Beleegyező nyilatkozat 2.

Beteg neve: TAJ

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

..... kellően felvilágosítottak.

A/2. Kérem, hogy a gyógyításomra javasolt műtétet, mely (magyarul)

..... rajtam elvégezzék. A javasolt műtét kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről az írásbeli felvilágosítást elolvastam, megértettem és azt tudomásul vettem. A leírtakon kívül a nálam szóba jövő szövődmények még:

Tájékoztatót kaptam a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint

..... valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről. Megismertem az ajánlatot és más szóba jövő kezelési eljárások előnyeit és hátrányait. Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem, és kijelentem, hogy kérdésem nincs. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a várható gyógy eredményt (gyógy tartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

A/3. Felhatalmazom – nem hatalmazom fel – a műtétet végző orvost, illetve orvos csoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt, és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul. (Az A/3. pont első sorában a nem kívánt részt kérjük, törölje, húzza át.)

A/4. Beleegyezem az észszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábító hatású fájdalomcsillapító, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott vizsgálati eljárások (különösképpen infúzió, injekció, katéterezés) alkalmazásába.

A/5. Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért az orvosokat – akiknek a kezelését nem fogadom el - a felelősség alól felmentem.

A/6. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a műtétet 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. Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

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

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

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

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

3. Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat kérésükre se tájékoztassák:

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

..... év hó nap

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása