

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ		BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KLINIKAI ONKOLÓGIAI OSZTÁLY		FNY1021/1 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat biszfoszfonát terápiához				Oldalszám: 1/2
Készítette: Dr. Nagy Zsuzsanna osztályvezető főorvos	Ellenőrizte: Dr. Finta Ervin Ph.D. orvosigazgató helyettes	Jóváhagyta: Dr. Hemző Erika orvosigazgató	Dátum: 2017. 11. 23.	

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT BISZFOSZFONÁT TERÁPIÁHOZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

Fenti alapbetegségem okozta csontáttétek miatt kezelőorvosom biszfoszfonát terápiát javasolt.

A kezelés történhet ambulánsan adott infúzió vagy tableta formájában, a kezelés formáját, valamint időtartamát kezelőorvosom határozza meg alapbetegségem állapotától, kísérőbetegségeimtől, általános állapotomtól függően.

A biszfoszfonát kezelés során a tumoros folyamat által meggyengített csontok megerősödnek, a csontfájdalom csökkenése, a mozgásképeség javulása várható.

Tartós alkalmazása segít a daganat okozta, ún. patológias törések megelőzésében, így a beteg mozgásképeségének, életminőségének fenntartásában.

A kezelés a legújabb kutatások szerint tumor ellenes hatású is.

A kezelés mellékhatásai az alábbiak lehetnek:

- influenzaszerű tünetek (a betegek közel 9%-ánál jelentkezett), láz (a betegek 7,2%-ánál), izom- és ízületi fájdalmak (a betegek 3 %-ánál), csontfájdalmak (9,1%), fáradtságérzés (4,1%), hidegrázás (2,9%) (ezen panaszok főleg az első adag gyógyszer beadása után jelentkezhetnek)
- vér kalciumszint csökkenése (a betegek 3 %-ánál), alacsony vér foszfátszint (a betegek 20 %-ánál, ez azonban tünetek nem okozó, kezelést nem igénylő mértékű csökkenés)
- vérszegénység /anaemia/ (5,2%)
- vese funkciós értékek romlása (előfordulási gyakorisága: 1-10% közötti)
- gyomor-, bélrendszeri panaszok (főleg tablettás kezelés esetén): főleg hányinger (5,8 %), hányás (2,6 %)
- conjunctivitis (kötőhártya-gyulladás) (gyakorisága:1%)
- viszketés, bőrkiütés (előfordulásuk 1% alatti)
- állkapocscsont nekrozisa (elhalása) (gyakorisága 0,1-1% közötti)

Ez utóbbi mellékhatás a biszfoszfonát terápia tartós alkalmazása esetén alakulhat ki.

Ezért a kezeléseket indulásakor fogorvosi vizsgálat (az esetleges rossz fogak rendbetétele), állkapocs röntgen elkészítése javasolt.

A biszfoszfonát terápia alatt rendszeres fogorvosi kontroll szükséges; foghúzás, szájsebészeti beavatkozás előtt antibiotikumos védelem, valamint a fogorvos tájékoztatása a biszfoszfonát terápiáról.

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:

- Válasz:

- 2. Kérdés:

- Válasz:

¹ A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KLINIKAI ONKOLÓGIAI OSZTÁLY	FNY1021/1 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat biszfoszfonát terápiához		Oldalszám: 2/2

- 3. Kérdés:
- Válasz:
- 4. Kérdés:
- Válasz:
- 5. Kérdés:
- Válasz:
- 6. A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):

Ezúton kijelentem, hogy jelen formanyomtatványt megismerhettem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem. Kijelentem továbbá, hogy lehetőségem volt a fent rögzített tartalommal megegyezően kezelőorvosom felé kérdéseket intézni, melyekre szóban kielégítő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek a további kezelésemről.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

Ezúton nyilatkozom, hogy a biszfoszfonát terápiához

hozzájárulok

nem járulok hozzá.

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

Keltezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató orvos neve nyomtatott betűkkel)

.....
(nyilatkozó személy neve nyomtatott betűkkel)

.....
(tájékoztató orvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(nyilatkozó személy aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

cselekvőképes beteg

korlátozottan cselekvőképes beteg

cselekvőképtelen beteg

törvényes képviselő

nyilatkozattételre jogosult személy**

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

A hozzájárulás megtagadása esetén kérjük kitölteni!

.....
(kezelőorvos neve nyomtatott betűkkel)

.....
(tanú neve)

.....
(tanú neve)

.....
(kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(tanú lakcíme)

.....
(tanú lakcíme)

* Jogsabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

**Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.