

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ		BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KLINIKAI ONKOLÓGIAI OSZTÁLY		FNY1021/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat citosztatikus 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 CITOSZTATIKUS TERÁPIÁHOZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

a.) **Javasolt gyógyómódról**, mely **citosztatikus (kemoterápia) és/vagy biológiai kezelés** annak kockázatairól, a helyette alkalmazható gyógyómódookról, mint:

- sugár kezelés
- sebészi kezelés,

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

b.) **Javasolt kezelési protokoll:**

A javasolt gyógyómódo kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövódményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelóorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövódmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

A kezelésesek:

- bőrelváltozás, vérképzőrendszeri,
- tüdő, szív, érrendszeri,
- gyomor- bélrendszeri,
- máj- vese, húgyszervi,
- idegrendszeri (központi, perifériás)

károsodást okozhatnak, melyek egyes esetekben súlyos, vissza nem fordítható, az életet veszélyeztetőek is lehetnek.

Ezen szövódmények előfordulási gyakorisága a különböző onkológiai készítmények esetében igen változó. A fent említett betegségemben használatos, számomra javasolt készítmények okozta szövódményekről, ill. azok előfordulási gyakoriságáról orvosomtól a tájékoztatást megkaptam.

Az aktív onkológiai terápia során alkalmazott szerek adása nem javasolt terhes és szoptató nők esetében, ezen szerek teratogén (magzatkárosító hatásúak), ezért alkalmazásuk teljes ideje alatt fokozott fogamzásgátlás alkalmazása szükséges.

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

- 1. Kérdés:

- Válasz:

- 2. Kérdés:

- Válasz:

- 3. Kérdés:

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	FNY1021/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat citosztatikus terápiához		Oldalszám: 2/2

- 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 citosztatikus 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.