

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL	FNY1014/1 Változat: 4
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat szívburok csapoláshoz		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZÍVBUROK CSAPOLÁSHOZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

A beavatkozás célja, menete

A beavatkozás során a szívburok két lemeze között a legkülönbözőbb okból felszaporodó folyadékgyülem leengedése történik egy erre a beavatkozásra speciálisan kialakított vékony katéteren keresztül helyi érzéstelenítésben.

A szívburokban felszaporodó folyadék a szív működésének és következményesen a vérkeringésnek a romlását eredményezi, tünetként légszomjat, fulladásérzést, a terhelhetőség csökkenését, szédülést, súlyos esetben eszméletvesztést okoz. A folyadék lebocsátása után ez a probléma aktuálisan megoldódik. Lehetővé válik a kórfolyamat okának vizsgálata a lebocsátott folyadékból nyert minta alapján. A vékony katétert varrással rögzítéssel szükséges ideig- rendszerint néhány nap- nem távolítjuk el az esetlegesen tovább képződő folyadék eltávolítása érdekében.

A lehetséges szövődmények

Szakszerű beavatkozás ellenére is előfordulhatnak szövődmények: a katéter bevezetésének helyén vérzés, a mellhártya sérülése és az ebből keletkező légmell. Utóbbi tartós mellkasi szívó-kezelést indokolhat. Megfelelő kooperáció esetén a szív és ereinek megsértése igen ritka szövődmény. Ugyancsak ritka szövődmény lehet gyomortáji behatolás esetén a máj sérülése. Mindezen szövődmények irányában szorosán megfigyeljük – elhárításukra felkészültünk.

A beavatkozás visszautasításának várható következményei

A felajánlott kezelési mód nélkül a vérkeringés és az általános állapot további romlása, életveszélyes állapot kialakulása lehetséges. A kórfolyamat eredetének kiderítési lehetősége is kétségesé válik.

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

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A SZÍVBUROK CSAPOLÁSHOZ

A SZÍVBUROK CSAPOLÁS ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam a szívburok csapolás elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a beavatkozás lényegét megértettem és a beavatkozással járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

Ezúton nyilatkozom, hogy a szívburok csapoláshoz

hozzájárulok

nem járulok hozzá

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

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"

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL	FNY1014/1 Változat: 4
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat szívburok csapoláshoz		Oldalszám: 2/2

Tájékoztatott arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztatott továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésemben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatban (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

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

Kelkezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató/felvilágosító orvos neve
olvashatóan)

.....
(beavatkozást végző orvos neve
olvashatóan)

.....
(nyilatkozó személy neve
olvashatóan)

.....
(tájékoztató/felvilágosító orvos aláírása,
ph.)

.....
(műtétet/beavatkozást végző orvos
aláírása, ph.)

.....
(nyilatkozó személy aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

- cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
 korlátozottan cselekvőképes beteg cselekvőképtelen beteg
 törvényes képviselő nyilatkozattételre jogosult személy** (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

.....
(kezelőorvos neve olvashatóan)

.....
(tanú neve)

.....
(tanú neve)

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

.....
(tanú lakcíme)

.....
(tanú lakcíme)

* Jogszabály 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.