

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL	FNY1014/7 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat gyógyszeres terheléses szívultrahang vizsgálathoz (dobutamin stressz echokardiográfia)		Oldalszám: 1/3

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GYÓGYSZERES TERHELÉSES SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ (DOBUTAMIN STRESSZ ECHOKARDIOGRÁFIA)

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnél gyógyszeres terheléses szívultrahang vizsgálatot végezzünk, melyről kezelőorvosa tájékoztatást ad. A beavatkozás elvégzéséhez szükséges az Ön írásos beleegyezése.

Kérjük, figyelmesen olvassa el ezt az ismertetőt, majd sajátkezűleg írja alá a végén levő beleegyező nyilatkozatot. Amennyiben kérdése van a leírtakkal kapcsolatban, még az aláírás előtt kérjen további szóbeli tájékoztatást is kezelőorvosától! Ha az írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján nem kíván beleegyezni a beavatkozásba, ne ezt, hanem egy — szintén kezelőorvosától kapott — Megtagadó nyilatkozatot írjon alá. Kérjük, fontolja meg döntését!

A vizsgálat célja: Vizsgáljuk, hogy kimutatható-e csökkent oxigénellátású szívizomrészlet a szívizommozgás csökkenése alapján, illetve, hogy javítható-e a csökkent szívizommozgás gyógyszeres terheléssel.

A vizsgálat szükségességének indoklása: A vizsgálat eredménye alapján a betegség további vizsgálata, kezelése jobban megtervezhető, az Ön betegségének, későbbiekben várható szövődményeinek kockázata megbecsülhető lesz.

A vizsgálat menete: A vizsgálat előtt EKG és szokványos szívultrahang vizsgálat készül. Célszerű a vizsgálat előtt kb. 2 órával már éhgyomorra maradni. A vizsgálat napján szedendő gyógyszereit beszélje meg kezelőorvosával és a vizsgálatot végző orvossal. A szív oxigénigényét egy infúzióban adott gyógyszer (dobutamin) segítségével fogjuk fokozatosan növelni úgy, hogy a gyógyszer adagjait 3 percenként emeljük. A vizsgálat alatt folyamatos EKG ellenőrzés és vérnyomásmérés történik. Hárompercenként felvételt készítünk a szívről. A vizsgálatot akkor szakítjuk meg, ha mellkasi fájdalom, vagy egyéb panasz jelentkezik, ha a korának megfelelő várható pulzusszám 85%-át eléri, vagy a maximális gyógyszer adagot (40 mikrogramm/testtömeg kg/perc) megkapta. Ha a kívánt pulzusszámot nem érte el a maximális gyógyszer adag következtében, a szívfrekvenciát egy másik gyógyszerrel (atropinnal) kíséreljük meg tovább emelni. A vizsgálatot követően körülbelül további 10 perc pihenés után, amikor a vérnyomás és a pulzus normalizálódott, a szívultrahang és EKG felvételeket megismételjük. A vizsgálat így összesen kb. fél óráig tart. A gyógyszer erősebb szívdobogásérzést, mérsékelt vérnyomás emelkedést okozhat. Arra akarunk választ kapni, hogy okoz-e a pulzus és vérnyomás emelkedése a szívizom oxigénhiánya miatt mellkasi fájdalmat. Így ezek a tünetek a vizsgálat velejárói lehetnek. Az oxigénhiány okozta mellkasi fájdalom az infúzió adásának felfüggesztésére, esetleg speciális gyógyszer (gyorshatású nitroglycerin nyelv alatti spray vagy tableta) hatására gyorsan megszüntethető.

A vizsgálat esetleges szövődményei: Az esetek kb. 15%-ában ritmuszavar jelentkezik. Ez csaknem mindig magától megszűnik. Természetesen az esetleges, magától nem szűnő, tartós ritmuszavar megszüntetésére is lehetőség van. A gyógyszer nagyon ritkán vérnyomáscsökkenést eredményez, ami szédülést, émelygést okozhat. Az infúzió megszüntetésével, esetleg folyadékpótlással ez a panasz gyorsan rendezhető. Enyhébb mellékhatásként átmenetileg zsidbadás, vizelési inger, szokatlanul erős szívdobogásérzés fordulhat elő. Ennél súlyosabb szövődmény (szívizom infarktusz, hirtelen szívhalál) csak nagyon súlyos betegeknek fordul elő, igen ritkán. Ha az infúziós tű kimozdul a helyéről, a szövetek közé folyó infúzió elhalást, sebet okozhat. Ha a beszúrás helyén fájdalmat, feszülést érez, kérjük, szóljon!

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 BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL	FNY1014/7 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat gyógyszeres terheléses szívultrahang vizsgálathoz (dobutamin stressz echokardiográfia)		Oldalszám: 2/3

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 GYÓGYSZERES TERHELÉSES SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ
(DOBUTAMIN STRESSZ ECHOKARDIOGRÁFIA)**

A GYÓGYSZERES TERHELÉSES SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ (DOBUTAMIN STRESSZ ECHOKARDIOGRÁFIA) BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, gyógyszeres terheléses szívultrahang vizsgálat elvégzése szükséges.

Kijelentem, hogy a tervezett gyógyszeres terheléses szívultrahang vizsgálattal kapcsolatban a megadott szóbeli és a fentiekben részletezett írásbeli tájékoztatást (orvosi felvilágosítást) megértettem. Megértettem továbbá a vizsgálattal kapcsolatos szövődmények kockázatát is; lehetőségem volt kérdéseket feltenni, valamennyi kérdésemre kielégítő választ kaptam, további kérdésem nincs.

Ezúton nyilatkozom, hogy a gyógyszeres terheléses szívultrahang vizsgálathoz (dobutamin stressz echokardiográfia)

- hozzájárok** **nem járulok hozzá** **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

Tájékoztattak 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. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben 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.

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL	FNY1014/7 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat gyógyszeres terheléses szívultrahang vizsgálathoz (dobutamin stressz echokardiográfia)		Oldalszám: 3/3

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat – a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyező nyilatkozatomat – a beavatkozás megkezdéséig bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom. Egyúttal tudomásul veszem, hogy beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Keltezés 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.