
TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
(invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.)

**IDEIGLENES SZÍVRITMUS-SZABÁLYOZÓ JOBB
SZÍVÜREGBE TÖRTÉNŐ BHELYEZÉSE – IDEIGLENES
PACEMAKER FELVEZETÉSE**

I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Önnek érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa el a tájékoztatót. Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

I. Beavatkozás megnevezése:

Ideiglenes szívrítmus-szabályozó jobb szívüregbe történő behelyezése - ideiglenes pacemaker felvezetése.

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

Fertőtlenítés, helyi érzéstelenítés után a nyaki fővénába vagy a mellkason keresztül szúrással elérhető nagy vénába vénás kanül szúrása, bevezetése történik. (A véna felkeresése és a kanül bevezetése esetenként- de nem feltétlenül - ultrahang vezérelten történhet.) Ebbe a vénás kanülbe elektródát vezetünk be, melynek egyik vége a szív jobb kamrai területén végződik / rögzül, míg az elektróda másik – külső - vége egy elektromos jelet generáló, a továbbiakban a szív működését elektromosan vezérlő ún. pacemaker telephez csatlakozik.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A szívrítmusszabályozó életveszélyesen alacsony pulzusszám vagy átmeneti szívmegállás esetén kerül alkalmazásra, ami az életveszély elhárítása mellett az agyi vérkeringés fenntartásához szükséges pulzus-szám fenntartását is biztosítja. A végleges ellátásig biztosítja a megfelelő pulzusszámú szívműködést.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

- A nagyvéna szúrása kapcsán a célzott vénával közvetlenül érintkező szervek sérülhetnek, (pl: tüdő – légmell kialakulása , egyéb erek, idegek sérülése, az elektróda jobb kamrai vége szívizom sérülést is okozhat.
- A bevezetett elektróda önmagában is provokálhat szívrítmuszavart.
- A kanül illetve az elektróda elfertőződése illetve vérrögösödés az elektróda felszínén vagy az elektróda végén nagyon ritkán ugyan, de előfordulhat.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

nincsen ilyen.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Kritikusan alacsony pulzusszám agyi vérkeringési zavarhoz, zavartsághoz, eszméletvesztéshez vezethet, a kritikusan alacsony pulzusszám kamraremegést provokálhat, ami életveszélyes ritmuszavar. Életveszélyes állapot alakulhat ki.

VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás során:

- infúziók adása, sz.sz. oxigén adása orrszondán át, mellkasi rtg elvégzése, gyógyszeres terápia folytatása, folyamatos EKG monitorozás esetleg később végleges pacemaker implantáció megszervezése.

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

nincsen ilyen]

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

- amennyiben átmeneti ok / állapot vezetett a kritikus pulzusszám lassuláshoz, akkor néhány nap után a saját szívritmus visszatérével az ideiglenes pacemaker eltávolítható.
- Végleges állapot esetén végleges pacemaker beültetés szükséges, erre kijelölt centrumokban.

X. Beavatkozást követő életmód:

- Az ideiglenes elektróda eltávolításáig ágynyugalom szükséges, víz a sebet nem érheti, rendszeres kötözés, a szúrás hely ellenőrzése szükséges. Folyamatos EKG monitorozás indokolt az elektróda elmozdulásának időben történő észlelésére.

II. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve:

Beteg neve:

Születési ideje: **TAJ száma:**

A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:

Egészségi állapot, ennek orvosi megítélése:

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

A javasolt beavatkozás megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata a Beteg esetében:

.....

.....

.....

Lehetséges alternatív eljárás, módszer a Beteg esetében:

.....

.....

.....

A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

.....

Az ellátás folyamata és várható kimenetele a Beteg esetében:

.....

.....

.....

További ellátások, javasolt életmód a Beteg esetében:

.....

.....

.....

A beteg kérdései:

.....

.....

.....

A kérdésekre adott válaszok:

.....

.....

.....

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéni**esített, teljes körű tájékoztatást a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest,

A beavatkozást végző orvos neve:

aláírása, pecsétje

Tisztelt Betegünk!

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógy mód kiválasztására kerül sor.

A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen. A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

A BETEG (VAGY KÉPVISELŐJE) TÖLTI KI:

1. E nyilatkozatot a Szent Margit Kórház keretében kezelt *[Kérjük, húzza alá a megfelelőt!]*

- **betegként**
- a beteg **törvényes képviselőjeként** adom.

(A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)

2. **Kijelentem**, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógy módok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.

3. **Felkérem és felhatalmazom** a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.

4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:** *(ha nincs ilyen, kérjük ezt a részt áthúzni)*

.....
.....

(Kérjük, itt jelölje meg, mibe nem egyezik bele akkor sem, ha annak elmaradása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)

5. **Tudomásul veszem**, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli. **Tudomásul veszem**, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

6. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körütekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

7. **Beleegyezem** abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetszövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizték.

8. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

9. **Tudomásomra hozták**, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.

10. **Kijelentem**, hogy a javasolt gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövetszövetmegváltozásokról és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

11. **Kijelentem** továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírásommal is megerősítem.

A beavatkozással kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.

A beavatkozással kapcsolatos beteg tájékoztatót elolvastam.

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli beteg tájékoztató tartalmát megértettem és elfogadom, ezek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.

Kelt: Budapest,
a beteg vagy képviselője aláírása

Név és lakcím (ha nem a beteg, hanem a képviselője írta alá):

.....

Tanúk (név/aláírás/lakcím) – ha szóban vagy más módon tette a nyilatkozatot a beteg:

1.

.....
.....

2.

.....
.....

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg jelenlegi egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes. A képviselője nyilatkozatának beszerzése olyan késedelemmel jár, mely a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi beavatkozás elvégzése szükséges.

Kelt: Budapest,

.....
beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
osztály-/ügyeletvezető orvos
aláírása, pecsétje