
TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
(invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.)**M E L L K A S C S A P O L Á S****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:

Mellkas csapolás

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A folyadék elhelyezkedését az orvos röntgen-, ultrahangvizsgálat, ill. kopogtatás segítségével tudja meghatározni. A beavatkozás közben Ön ül, kicsit előrehajol, esetleg a szék háttámláján támaszkodik. A mellkas bőrének fertőtlenítő oldattal történő többszöri lemosása után a bőrön keresztül a bordák között tűt szúrnak be, és érzéstelenítő oldatot fecskendeznek be, hogy a vizsgálat ideje alatt ne érezzen a páciens fájdalmat. Természetesen ezt a szúrást még érzi, de ez csak annyira fáj, mint bármely más injekció. Ezt követően fecskendővel vagy speciális szívókészülékkel kiszívják a mellkasból a folyadékot.

Előkészítés: Különösebb előkészületre nincs szükség.

Figyelem!: Ha Önnek gyógyszerérzékenysége van, például a helyi érzéstelenítő szerekre érzékeny, mindenképpen jelezze kezelőorvosának.

Ha vérzékenységben szenved vagy véralvadásgátló gyógyszereket (például Syncumar, Marfarin, Warfarin, Clexane, Fraxiparine, Fragmin, Colfarit, Atrombin, Clopidop, Clopidogrel, Egitromb, Lopigalel, Kerberan, Kardogrel, Lopigalel, Nofardom, Plagrel, Plavix, Trombex, Trogran, Zyllt, Astrix, Asactal, ASA Protect, Pradaxa, Eliquis, Xarelto, Lixiana, stb.) szed, jelezze orvosának, mert ezek növelik a súlyos vérzéses szövődmény kockázatát.

Ha Önnek szívbillentyű-betegsége van, szükség lehet arra, hogy a vizsgálat előtt antibiotikumot szedjen, erről a kezelőorvosnak kell döntenie.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A mellhártya tüdőt és mellkasfalat borító lemezei között a tüdő, ill. más belső szervek megbetegedései esetén folyadék/ vér/ nagy mennyiségű gennygyülem szaporodhat fel. A beavatkozásnak egyrészt az a célja, hogy a folyadék leszívásával a tüdőnek több helye legyen kitágulni, összenyomott állapota megszűnjön és ismét a normál méretét vehesse fel. Másrészt a leszívott folyadékot laboratóriumban elemzik, így meghatározható annak összetétele, fajsúlya, és mikroszkóp alatt az üledékben megtalálható sejtek is

vizsgálhatók. Amennyiben baktériumok vannak a folyadékban, azt tenyésztéssel lehet kimutatni.

A beavatkozás a fulladásos panaszok gyors enyhüléséhez vezethet és jelentősen hozzájárulhat a tüdő és a szív jó működéséhez.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázatai:

A nemzetközi irodalomban a mellkas csapolás szövődményei lehetnek:

- fájdalom a beavatkozáskor vagy utána
- vérzés vagy duzzanat, hegképződés a behelyezés helyén
- vérnyomásesés, kollapszus
- tüdővérzés
- mellüregben futó ér sérülése
- mellüregi belső vérzés
- rekeszizom vagy hasi szervek sérülése szúrásakor
- fertőződés
- légmell
- bőr alatti levegő gyülem
- szívritmuszavar
- akut légzési elégtelenség
- a tüdő kitágulása következtében kialakuló tüdővízenyő
- keringési és légzési összeomlás
- halál

Leggyakoribb szövődmény (kb. 20%-ban fordul elő), hogy a mellkasba, a mellhártya két lemeze közé levegő kerül. Ez az úgynevezett légmell (pneumothorax, PTX). Normális esetben a mellhártya két, egymáshoz simuló lemeze közt csak vékony folyadékréteg található. Ez teszi lehetővé, hogy a tüdők -a mellkasfal mozgását követve -belégzéskor kitáguljanak és kilégzéskor megkisebbedjenek. Ha a mellhártya (pleura) lemezei közé levegő kerül, a tüdő összeesik, és a légzés romlik. Ilyenkor egy vékony csövet helyeznek be a mellürbe, és állandó szívókezelést alkalmaznak, mely hatására a tüdő újra kitágul. Általában 3-5 nap múlva a csövet eltávolítják.

A bőr alatti szövetekbe is juthat levegő. Ilyenkor, ha a mellkas vagy a nyak területét óvatosan végigsimítják, furcsa, hóropogásra emlékeztető halk hangot hallhatnak. Ez egy ártalmatlan jelenség, a levegő magától felszívódik.

A tű hegye eret találhat el, ilyenkor a folyadék véresen elszíneződik. A vérzés rendszerint magától megszűnik.

Extrém ritka esetben a szövődmények halálhoz vezethetnek.

Fájdalom: Az érzéstelenítő injekció beadása tűszúrással jár. A folyadék szívása közben fájdalom vagy köhögés jelentkezhet, ez általában rövid idő alatt elmúlik.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

A beavatkozás elmaradásával elkerülhető a csapolással járó potenciális szövődmények, az azzal járó kellemetlen érzések, panaszok, valamint megspórolható a beavatkozás időigénye.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A beavatkozás elmaradása akadályozhatja a diagnózishoz jutást, az Ön gyógyulását, a megfelelő további kezelés megválasztását. A nagy mennyiségben felszaporodó folyadék nehézlégzést okozhat, így az Ön terhelhetősége fokozatosan csökkenhet, esetleg állapotának súlyos, életet veszélyeztető romlása is bekövetkezhet.

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

- mellkasi csővezés szívás
- tüdő műtét
- vérzés csillapítás
- újraélesztés
- allergia kezelés

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- vízhajtó kezelés: hosszadalmas, hatása gyakran csekély, más szövődményekhez vezethet
- tüneti kezelés

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

A beavatkozás a panaszok az általában rövid idő alatt csökkenti és segíti a pontos diagnózist.

X. Beavatkozást követő életmód:

A beavatkozás után mellkas rtg kontrol és kb. fél óra pihenés szükséges. Utána néhány napig erős fizikai erőfeszítéstől (sport, nehéz fizikai munka) érdemes tartózkodni

II. BELEEGYZŐ 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 gyógyomódról, 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