

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

**CENTRALIS (NAGY VÉNA) DIALYSIS KATÉTER BEÜLTETÉS**

**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:**

Centralis (nagyvéna) katéter beültetés haemodialysis (művese) kezelés céljából

**II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:**

A beteg jobb, vagy bal oldali nyaki, vagy kulcscsont alatti, (sz.e. comb fő véna) régiójának megfelelően a bőrt fertőtlenítjük. Ezt követően helyi érzéstelenítésben (Lidocain) steril körülmények között a műanyag dialysis katétert egy speciális szűrőtű segítségével vezetjük fel a vénába. A felvezetést követően a katétert bőrhez öltésekkel rögzítjük.

**III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:**

A dialysis kanül behelyezése a művese (haemodialysis) kezeléshez szükséges megfelelő vérmennyiség nyeréséhez szükséges.

**IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:**

Kanülálás során nyaki, ill. kulcscsont alatti nagyvéna katéterezésekor ritkán előfordulhat a mellhártya lemez átszúrása kapcsán kialakuló légmell (ptx) esetleg vérzés a mellhártya lemezei közé, valamint a véna (esetlegesen mellette futó ütőér) sérülése kapcsán lokális vérömleny kialakulása. A behelyezett katéter működését elzáródás (thrombosis) illetve befertőződés (kilépési nyílás, kanül infectio, esetleg sepsis) veszélyezteti. Tartósan fenntartott centralis véna katéter mellett hosszútávon előfordulhat az érintett véna heges szűkülete, részleges thrombózisa.

**V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:**

Nincs. A kanül behelyezésének elmaradása az életfenntartó, vesepótló kezelés elmaradásához vezet.

**VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:**

A dialysis kanül behelyezésére vesepótló kezelés (esetleg plazmaferesis) kezelése elvégzése céljából van szüksége, melyet kezelőorvosa leletei, klinikai állapota alapján indikál. Fenti beavatkozások elmaradása általános állapotának súlyosbodásához, maradandó szervkárosodások kialakulásához, illetve bizonyos esetekben a beteg halálához vezethetnek.

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

Légmell, ill. mellűri bevérzés kialakulása esetén mellkas becsövezésre, ill. ennek tartós szívására lehet szükség. Nagyvéna, ill. arteria sérülés esetén amennyiben vérzés spontán, ill. kompresszióra nem szűnik, extrém ritkán érsebészeti ellátás válhat szükségessé. Jelentős vérkép romlás esetén vérkészítmény (transzfúzió) adása válhat szükségessé.

**VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Haemodialysis kezeléshez szükséges vérnyerés biztosítható alkar arteriovenozus fistula kialakításával (Cimino fistula) is. Fenti beavatkozást érsebész végzi, és kialakítását követően kb. 2 hónap múlva válik használhatóvá. Vesepótló kezelés továbbá biztosítható hasi (peritonealis) dialysis útján is mely szintén speciális előkészületeket, igényel, és bevezetése több hetes várakozást igényel.

**IX. A beavatkozás várható kimenetele:**

Törekszünk a szövődménymentes beavatkozás megvalósítására, de szövődményként felléphet katéterrel összefüggő véráram fertőzés, mechanikai szövődmény, vérzés. A dialysis katéter benttartása a beteg általános állapotától függ, amennyiben a vesepótló kezelés felfüggeszthető a kanül eltávolításra kerül.

**X. A beavatkozást követő életmód:**

Nagyvéna katéterén keresztül klinikum ill. leletek függvényében rövidebb távon, vagy tartósan vesepótló kezeléseket fognak végezni. Fenti vérnyerési forrás tartós fenntarthatósága érdekében kezelőorvosa által javasolt higiénés és terápiás előírásokat mindig tartsa be!

**I. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

Osztály neve: ..... OEP kód:.....

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 **egyéniestett, 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 gyógymód 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 Budapesti 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 gyógymódok 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 körültekintés 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, szövetmintákat 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 szövődményeiről 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 döntsek a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírással is megerősítem.

.....  
Osztály  
OEP kód: .....



.....  
osztályvezető főorvos

**A beavatkozással kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.  
A beavatkozással kapcsolatos betegtájékoztatót elolvastam.**

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli betegtájékoztató 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