



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

**AGYKAMRA PUNCTIO (SZ.E. DRAIN BEHELYEZÉS)**

**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:**

agykamra punctio

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

**Beavatkozás célja:**

A csecsemő még nyitott nagykutacsán keresztül bizonyos mennyiségű agyvíz lebocsájtása agyi nyomás csökkentése céljából súlyos hydrocephalus (vízfejűség) esetén. (A punctio során gyógyszer beadása is lehetséges terápiás céllal.)

**Beavatkozás menete:**

Nővér előkészíti a beavatkozáshoz szükséges eszközöket, majd az orvos a higiénés előírásoknak megfelelő kézfertőtlenítést követően gumikesztyűben, a szakmai előírásoknak megfelelően fertőtleníti a szúrás tervezett helyét a nagykutacs területén. Steril, megfelelő méretű tűvel behatol az agykamrába, hogy onnan a nyomás csökkentéséhez szükséges mennyiségű agyvizet bocsájtson le. Ezt követően steril ragasztással látja el a szúrás helyét, s meggyőződik róla, hogy nincs szivárgás vagy egyéb eltérés (pl. duzzanat, bőrpír) a mintavétel helyén.

Amennyiben sorozatos punctiokra lenne szükség, az ismételt szúrások elkerülése érdekében drain behelyezés javasolt. Ez egy steril, puha, kanül, melyet a páciens bőréhez rögzítünk, s folyamatosan, vagy szakaszosan lebocsátjuk a túlnyomást okozó folyadékot.

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

Az agyvíz mennyiségének csökkentése segít az agynyomás normalizálásában, amely fontos feltétele az idegrendszer fejlődésének.

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

Esetenként előfordul, hogy több szúrás szükséges, minimális vérzés léphet fel a szúrás helyén, illetve a mintavétel során vett agyvíz mennyisége és egyéni érzékenység függvényében fejfájás jelentkezhet. Ennek kivédésére vízszintes testhelyzetet javasolunk. Amennyiben drain kerül behelyezésre, az esetleges fertőződés kockázatát jelenti, ezért annak sterilítására fokozottan ügyelünk, fertőzés gyanúja esetén mikrobiológiai tenyésztést kérünk, annak ismeretében célzott antibiotikus kezelést alkalmazunk.

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

Nincs



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

Amennyiben nem járul hozzá, vagy valamilyen okból nem sikerül lecsapolni az agyvizet, az agyi nyomás fokozott marad. Ez fejfájást, hányingert, hányást, egyéb idegrendszeri tüneteket és hosszútávon idegrendszeri károsodást, akár halált is okozhat.

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

Nyugtatók, ismételt szűrés, a lebocsájtott folyadék okozta másodlagos tünetek (pl. fejfájás, keringés megingás) kezelése

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

Az orvos javaslata alapján a többlet agyvíz eltávolítása szükséges. Ez csecsemők esetében legkönnyebben az agykamrákon keresztül tud megvalósulni a fent részletezett módon. Alsó gerincszakasz (lumbal punctio) során is nyerhető agyvíz, ez azonban komplikáltabb és nagyobb mennyiség lebocsájtásához nem alkalmas. Amennyi az agyvíz lebocsájtásra rendszeresen szükség van, állandó elvezetés (shunt) behelyezése szükséges, melyet műtéti körülmények között idegsebészeti végez.

**IX. A beavatkozás várható kimenetele:**

Az agyynomás csökkenése következtében a páciens állapota javul, társuló kóros idegrendszeri tünetei megszűnnek

**X. Beavatkozást követő életmód:**

-

## II. 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 **egyéniessített, 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.

**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