



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

VÉRÁTÖMLESZTÉSHEZ (TRANSZFÚZIÓ), ILLETVE VÉRKÉSZÍTMÉNYEK ADÁSÁHOZ

I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Önök 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:

Vérátömlesztés, Transzfúzió

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

Az eljárás során más ember(ek)től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt vért, vagy véralkotórészt juttatnak a szervezetébe, amely jelenleg hiányzik, termelése nem elégséges, vagy esetleg fokozottan pusztul, vagy vérvesztés miatt csökkent. Ezeknek az alkotóelemeknek a helyettesítése, az idegen vér (vagy vér alkotóelemek) adásán kívül más hatékony és gyors módon (pl. művérrel vagy gyógyszerrel) nem pótolható.

Vérkészítmény típusa: Vörösvérsejt koncentrátum, vagy/és, Friss Fagyasztott Plazma (FFP), vagy/és Vérlemezke /thrombocytá koncent./, vagy/és Fehérvérsejt koncentrátum.

Egyéb: (Albumin készítmények, választott-, szűrt-, mosott-, sugarazott-, vvs., faktorkészítmény.)

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

Az Ön szervezetéből hiányzó vér vagy alkotó elemek adását követően a hiány rendeződik.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

Csoportazonos vérkészítmény adás esetén is előforduló mellékhatások, szövődmények: A beavatkozás az előnyök mellett esetleges hátrányokkal is járhat az egészségügyi állapotra nézve. A bevitt idegen sejtek teljes mértékben nem azonosak a sajátjal, ezért azokat a szervezet, láz, hidegrázás deréktáji fájdalom, allergia, bőrreakciók, vérnyomás-pulzus ingadozás, veseműködési zavarok, vérben emelkedett kálium szint, nehézlégzés, kíséretében kivetheti magából annak ellenére, hogy az előzetesen elvégzett laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre semmilyen eredmény nem utalt. Ennek előfordulási valószínűsége 1% alatt van.

A jelenleg érvényben levő szabályok szerint a vérkészítményeket a beadás előtt a laboratóriumban Hepatitisz B vírus antigén, HIV 1-2 vírus ellenanyag, Hepatitisz C vírus ellenanyag, szifilisz okozó kórokozó ellenanyag szűrővizsgálata történik. (az vérkomponensek biztonsági előírásait a 3/2005. (II. 10.) EüM rendelet szabályozza)

Az elvégzett vizsgálatok negatív eredménye ellenére, nagyon ritkán (0,5% alatt), ugyan, de előfordul egyes fertőzések (elsősorban fertőző májgyulladás) átvitele a transzfúzió útján.



V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

A kockázati tényezők elmaradása.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Az orvosilag indokolt vérátömlesztés elmaradásának várható következményei: A beteg gyógyulása elhúzódó. A vérszegénységre utaló tünetek, azaz a szövetek és szervek oxigén ellátottságának csökkenése előtérbe kerülnek (súlyos esetben életveszélyes állapot, elhalálozás. Enyhébb esetben fáradékonyság, nehézlégzés, mellkasi panaszok, szédülés, zavartság, vizelet-kiválasztási zavar, vérnyomás csökkenés, szapora pulzus. Vérlemezke csökkenés esetén fokozott vérzékenység, fehérvérsejt csökkenés esetén fertőzésekre való fokozott hajlam.

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

A vérkészítmény adásához szükséges vizsgálatok beavatkozások: Vizelet és Vérminta levétele, laboratóriumban végzendő vér és vizelet-vizsgálatok.

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

(csak speciális esetekben, bizonyos orvosi indikáció fennállása esetén)

Tervezett műtét esetén a beteg kérheti a saját vérének /auto-/ transzfúzióját, ha orvosi szempontból ellenjavallata nincs. Ez műtét előtt kb. 3 héttel a saját vér levételét jelenti. Műtét előtti saját vérgyűjtés tevékenységet Országos Vérellátó Szolgálat végzi.

Műtét alatti vérmentés csak kivételes esetekben, ha orvosi ellenjavallat nincs, ill. előre tervezhető a több órás műtét, és a jelentős vérvesztés. A vért speciális készülékkel összegyűjtik, mossák, szűrik centrifugálják, majd a saját vért újra az érpályába juttatják. *(Előfeltétele, a speciális gép és szűrő rendelkezésre állása)*

Műtét utáni területről vérgyűjtés zárt rendszerű szívón keresztül, majd speciális készülékkel szűrés, centrifugálás, majd a saját vér visszaadása, ha orvosi ellenjavallat nincs. (Jelenleg Intézetünkben ez nem kivitelezhető.)

Faktor készítmények, csak speciális esetekben, bizonyos orvosi indikáció fennállása esetén adhatók.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

Egészségi állapot javulás.

X. Beavatkozást követő életmód:

A kórházi bent fekvés alatt kezelőorvosa utasítás szerint az Ön személyi állapota alapján.

.....
Osztály
OEP kód:



BUDAPESTI
SZENT MARGIT
KÓRHÁZ

.....
osztályvezető főorvos

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 kockázatai 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 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 megőrizzek.

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.

.....

.....
Osztály
OEP kód:



BUDAPESTI
SZENT MARGIT
KÓRHÁZ

.....
osztályvezető főorvos

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