

## **Kardiológia diagnosztika beleegyező nyilatkozatai:**

1. Ergometria ..... 2. oldal
2. TE szívvultrahang ..... 3. oldal

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### Kedves Betegünk!

A vizsgálat alatt Önnek egyre fokozódó terhelés mellett a biciklit hajtani kell, miközben folyamatosan figyelemmel kísérjük a szívműködését és a vérnyomását.

Mint minden orvosi beavatkozásnak, ennek a vizsgálatnak is lehetnek **mellékhatásai vagy veszélyei**: a természetes kifáradás mellett kialakulhat mellkasi fájdalom, ritmuszavar, szokatlanul magas vagy alacsony vérnyomás és az ezzel járó szédülés is. A terheléses EKG alatt leírtak hirtelen halált is, ennek gyakorisága azonban igen alacsony, kb. fél ezrelékre tehető.

A fenti vizsgálat helyettesíthető más ilyen jellegű vizsgálatokkal, de mindegyike bonyolultabb és ugyanilyen vagy nagyobb veszéllyel járhat.

**Az Ön kezelésében részt vesznek:** orvos, asszisztens.

### BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott \_\_\_\_\_ (született: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) TAJ: \_\_\_\_\_  
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros kardiológiai szakrendelésén elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele

A beavatkozás előtt Dr. \_\_\_\_\_, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

\_\_\_\_\_  
a beteg aláírása

\_\_\_\_\_  
az orvos aláírása

#### Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT****Kedves Betegünk!**

A transoesophageális echo (továbbiakban TEE) vizsgálat egy speciális szívvultrahangos vizsgálat, amelyet azért fejlesztettek ki, hogy a szív külső, mellkason keresztül történő ultrahangos vizsgálattal elérhetetlen területeit is biztonsággal meg tudjuk figyelni, még hozzá igen nagy felbontással.

Leginkább beültetett műbillentyűk zavara, szívbelhártya gyulladás, szív eredetű embólia, szíven belüli vérrög, tályog, daganat, az aorta életveszélyes betegségei vagy speciális veleszületett szívbetegségek esetében van nagy szükség a TEE vizsgálatra, természetesen a klasszikus külső ultrahangos vizsgálatot követően.

A vizsgálat tulajdonképpen hasonlít egy szokásos gyomortükrözéshez, az ultrahangos vizsgálófejet egy vékony gastroscopba építették bele.

**A vizsgálat kellemetlen mellékhatásai:** hányinger, nyálfolyás, öklendezés, félrenyelés, néha előfordulhat vérnyomás emelkedés vagy süllyedés, szívritmuszavar.

**A vizsgálat előtt legalább 4 órával semmit nem lehet enni vagy inni.** A vizsgálatot megelőzően a garatot lidocain spray-vel elérsztelenítjük. Ha nagyon kellemetlenek a mellékhatások, néha intravénás nyugtató injekciót is adunk. Ha erre sor kerül, a következő néhány órában a beteg nem vezethet autót, éppen ezért **lehetőleg kísérővel kérjük betegeinket a vizsgálatra.**

Saját biztonsága érdekében kérjük, **tájékoztassa az egészségügyi személyzetet, ha**

- lidocainra érzékeny (előző fogászati beavatkozások tapasztalata),
- ragasztott fogsora van,
- ismert bármely nyelőcső betegsége,
- sugarazták valaha a mellkasát daganat miatt,
- volt bármely gyomorvérzése valaha,
- nemrégiben műtötték a gyomrát,
- terhes.

**Az Ön kezelésében részt vesznek:** orvos, asszisztens.

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott \_\_\_\_\_ (született: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) TAJ: \_\_\_\_\_

tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaujváros kardiológiai szakrendelésen elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele

A beavatkozás előtt Dr. \_\_\_\_\_, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaujváros, 20\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

\_\_\_\_\_

a beteg aláírása

\_\_\_\_\_

az orvos aláírása

**Előttünk, mint tanúk előtt:**

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

\_\_\_\_\_

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

\_\_\_\_\_

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

\_\_\_\_\_

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

\_\_\_\_\_

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva: