

Sürgősségi Betegellátó Osztály beleegyező nyilatkozatai:

1. Ellátásba beleegyező nyilatkozat..... 2. oldal
2. Myocardialis infarctus fibrinolyticus kezelés 3. oldal
3. Myocardialis infarctus szívkatéteres kezelés 4. oldal
4. Ischaemiás stroke fibrinolyticus kezelés 5. oldal
5. Mellkascsapolás 6. oldal
6. Ideiglenes pacemaker kezelés 7. oldal
7. Mellkascsővezés 8. oldal
8. Centrális véna kanülálás 9. oldal
9. Elektromos cardioversio 10. oldal
10. Lumbálpunkció 11. oldal

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

Tel.: 25/ 550-115

SBO alapidokumentum: .../SBO

Tisztelt Betegünk!

Megtiszteltetésnek érezzük, hogy problémájával a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaujváros Sürgősségi Betegellátó Osztályát kereste fel.

Ahhoz, hogy megállapíthassuk, hogy problémája háttérében egészségügyi ok áll-e, meg kell Önt vizsgálnunk. Ez a vizsgálat esetlegesen magában foglalhat EKG készítést, röntgenvizsgálatokat, vér-, vizelet mintavétel is. Ha megállapítottuk az Ön problémájának eredetét, meg szeretnénk kezdeti ellátását (elsődleges ellátás) is. Ez járhat bizonyos gyógyszerek és oldatok vénán keresztüli adagolásával.

VIZSGÁLAT

Problémájának megoldásához szükséges megismernünk az Ön kórtörténetét, jelen problémájának mibenlétét is. Ezért arra kérjük, szolgáljon minél részletesebb információkkal, hogy segíthessünk Önnek! Ezt követően kollégáink megvizsgálják, ehhez testét szabaddá kell tennie. Ha laboratóriumi vizsgálatokat végzünk, akkor vér vagy vizeletminta vételére van szükségünk. Ehhez szükséges az Ön ereinek (általában visszér, ritkábban verőér) megszurása, húgyhólyagjának megcsapolása. A mintavétel szövödménye lehet az ér megpattanása, bevérzés, fertőzés, hólyag esetben fertőzés, minimális húgycsővérzés. Munkatársaink minden beavatkozást szakszerűen és kellő körültekintéssel végeznek. Az előforduló szövödmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.

ELSŐDLEGES ELLÁTÁS

Elsődleges ellátása gyógyszerek és oldatok beadását igényelheti – az adott szer mibenlétéről, hatásáról, lehetséges szövödményeiről és mellékhatásairól kollégánktól kérhet felvilágosítást. Ha az adott szert – a kellő hatás érdekében – az Ön erein keresztül kell bejuttatnunk, ez egy nyitott, úgynevezett perifériás vénán keresztül történik. Ehhez az Ön erét meg kell szúrunk, és abban egy tartós, műanyag kanült kell bennhagynunk.

Amennyiben további, úgynevezett invazív beavatkozásokra lesz szükség, azok mibenlétéről, a beavatkozások előnyeiről, elmaradásának következményeiről, veszélyeiről külön felvilágosítást kap, és elvégzéséhez külön beleegyezését kérjük.

Hozzá tartozó:	Telefonszáma:
Levelezési címe:	

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaujváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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.

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:

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

Tel.: 25/ 550-115

SBO alapidokumentum: .../SBO

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
MYOCARDIALIS INFARCTUS FIBRINOLYTICUS KEZELÉSÉHEZ**

Beteg neve:	Sz:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk!

A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TÁJÉKOZTATÓ
A tervezett beavatkozás –myocardialis infarctus fibrinolyticus kezelése
Szervezetébe, a karvénák egyikébe behelyezett, úgy nevezett perifériás vénán keresztül olyan speciális véralvadás-gátló és vérrög-oldó anyagot juttatunk, amely képes a vérrögök feloldására.
A beavatkozás haszna és előnye
Feltételezésünk szerint az Ön panaszait és tüneteit egy vérrög okozza, mely a szívizomzat egy részét ellátó egyik eret elzárja, rontja az érintett szívizom-terület vérellátását, és a szívizomzat elhalását eredményezi. A kezeléssel várható a vérrög oldódása, az elzáródás mögötti terület ismételt keringése, ezáltal az ellátandó szívizom-terület teljes vagy részleges megmentése.
A lehetséges szövődmények
Előfordulhat a szerrel szembeni túlérzékenység, valamint jelentősebb vérzés. Ugyancsak előfordulhat az érintett szívizomzat „rávérzése” is. A kezelés hatására – a siker egyik jeleként – súlyos ritmuszavar is felléphet. Ezek a szövődmények szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak. Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.
A beavatkozás visszautasításának várható következményei
A felajánlott kezelési mód egy esély, hogy az e nélkül biztosan elhaló szívizom-területből minél nagyobb részt megmentünk, és a funkcióját megőrizzük. A kezelés elmaradása a szívizomzat tartós, maradandó gyengeségét, szívelégtelenséget, további szívritmuszavarokat, keringési shockállapotot és keringésmegállást eredményezhet. Nagy esetszámú elemzések alapján a kezelés elhagyása csökkenti a túlélés esélyeit is.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ: _____
tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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:

4. oldal	SZENT PANTALEON KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET DUNAÚJVÁROS	2400. Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4-6.
	SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY	Tel.: 25/ 550-115
		SBO alapidokumentum:/SBO

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
MYOCARDIALIS INFARCTUS SZÍVKATÉTERES KEZELÉSÉHEZ**

Beteg neve:	Sz:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk!

A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TÁJÉKOZTATÓ
A tervezett beavatkozás –myocardialis infarctus szívkatéteres kezelése
Ezt a tervezett beavatkozást nem kórházunkban, hanem erre specializálódott szívcentrumban fogják elvégezni. Ez a centrum az Ön esetében:
Egy megfelelően nagy verőéren (ágyéki vagy alkari verőér) keresztül a szívébe vezetnek egy katétert, majd bevezetik a koszorúerekbe. Kontrasztanyaggal feltöltik az érszakaszt, ezáltal láthatóvá válik a probléma. Ha lehetséges, ugyanezzel a katéterrel áthatolnak a koszorúerek szűkületén, vagy elzáródásán, és egy ballon segítségével kitágítják a beteg érterületet. A kitágított területen egy rugalmas, fém tartóeszközt hagynak vissza, ami megakadályozza a későbbi újabb szűkület kialakulását.
A beavatkozás haszna és előnye
Feltételezésünk szerint az Ön panaszait és tüneteit egy koszorúér szűkülete vagy elzáródása okozza, amely rontja az érintett szívizom-terület vérellátását, és a szívizomzat elhalását eredményezi. A kezeléssel várható az elzáródás tartós és biztonságos megszüntetése, az elzáródás mögötti terület ismételt keringése, ezáltal az ellátandó szívizom-terület teljes vagy részleges megmentése.
A lehetséges szövődmények
Előfordulhat a kontrasztanyaggal szembeni túlérzékenység, valamint jelentősebb vérzés a szükséges véralvadás gátlás miatt. Előfordulhat a szúrás helyén vérömleny kialakulása. Ritka szövődményként a koszorúér megrepedhet. Ezek a szövődmények szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak. Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra az illető szívcentrum felkészült.
A beavatkozás visszautasításának várható következményei
A felajánlott kezelési mód a ma ismert legjobb esély, hogy az e nélkül biztosan elhaló szívizom-területből minél nagyobb részt megmentünk, és a funkcióját megőrizzük. A kezelés elmaradása a szívizomzat tartós, maradandó gyengeségét, szívelégtelenséget, további szívritmuszavarokat, keringési shockállapotot és keringésmegállást eredményezhet. Nagy esetszámú elemzések alapján a kezelés elhagyása csökkenti a túlélés esélyeit is.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:
_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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 BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
ISCHAEMIÁS STROKE FIBRINOLYTICUS KEZELÉSÉHEZ**

Beteg neve:	Sz:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk!

A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TÁJÉKOZTATÓ**A tervezett beavatkozás – ischaemiás stroke fibrinolyticus kezelése**

Szervezetébe, a kar vénák egyikébe behelyezett, úgy nevezett perifériás vénán keresztül olyan speciális véralvadást gátló és vérrög-oldó anyagot juttatunk, amely képes a vérrögök feloldására.

A beavatkozás haszna és előnye

Feltételezésünk szerint az Ön panaszait és tüneteit egy vérrög okozza, mely az agyat ellátó egyik ereket elzárja, rontja az érintett agyterület vérellátását, és az agyállomány elhalását eredményezi. A kezeléssel várható a vérrög oldódása, az elzáródás mögötti terület ismételt keringése, ezáltal az ellátandó agyterület teljes vagy részleges megmentése.

A lehetséges szövődmények

Előfordulhat a szerrel szembeni túlérzékenység, valamint jelentősebb vérzés. Ugyancsak előfordulhat az érintett agyterület „rávérzése” is, ami újabb beavatkozást tehet szükségessé. Ebben az esetben a bénulás megmaradhat, fokozódhat is. Ilyen „rávérzés” esetén nő a halálozás kockázata is, ennek valószínűsége néhány ezrelék.

Ezek a szövődmények szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak.

Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.

A beavatkozás visszautasításának várható következményei

A felajánlott kezelési mód egy esély, hogy az e nélkül biztosan elhaló agyterületről minél nagyobb részt megmentünk, és a funkcióját megőrizzük. A kezelés elmaradása tartós, maradandó bénulást eredményez. Nagy esetszámú elemzések alapján a kezelés elhagyása csökkenti a túlélés esélyeit is.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-
Rendelőintézet Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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:

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

Tel.: 25/ 550-115

SBO alapidokumentum: .../SBO

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT MELLKASCsapolásHOZ

Beteg neve:	Sz:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk!

A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TÁJÉKOZTATÓ
A tervezett beavatkozás – mellkascsapolás
A mellhártya két lemeze között kórosan felszaporodott folyadékgyülem leeresztése egy vékony kanülön keresztül. A folyadék elhelyezkedésének megfelelő helyen tűszúrásból egy vékony kanült vagy katétert vezetünk a mellüregbe, és azon keresztül lebocsátjuk azt. A beavatkozás helyi érzéstelenítésben történik.
A beavatkozás haszna és előnye
Az Ön panaszait mellkasi folyadékgyülem okozza vagy súlyosbítja. Ha ezt lebocsátjuk, légzőszervei funkciója javul és a szervezet oxigénellátása is hatékonyabbá válik. A lecsapolt folyadék elemzésével lehetőség nyílik további vizsgálatok végzésére, a kórfolyamat tisztázására.
A lehetséges szövődmények
Előfordulhat vérömleny a szúrás környezetében, légmell, vagy ismétlődő mellüri folyadékgyülem, mellüri vérömleny. Ilyenkor mellőri csövezésre és szívókezelésre lehet szükség. Ezek a szövődmények szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak, könnyen felismerhetők és elháríthatók. Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.
A beavatkozás visszautasításának várható következményei
A beavatkozás nélkül a légzési funkció további romlása, a tüdő összenyomódása, fulladás fokozódása, a folyadék befertőződése, keringési sokk és keringésmegállás is veszélyeztet.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:
_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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:

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

Tel.: 25/ 550-115

SBO alapidokumentum: .../SBO

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
IDEIGLENES PACEMAKER KEZELÉSHEZ**

Beteg neve:	Sz:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk!

A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TÁJÉKOZTATÓ**A tervezett beavatkozás – ideiglenes pacemaker kezelés**

Első lépés a centrális véna biztosítása, ez a nyaki mélyvéna vagy a kulcscsont alatti véna bőrön át történő megsúrása. Ezután a megsúrt vénán keresztül egy ingerlő elektródát vezetünk be a szív jobb kamrájába. Ezzel a szívét elektromos ingerrel tudjuk vezérelni, így a megfelelő szív-pumpa működést el tudjuk érni. A beavatkozás helyi érzéstelenítésben történik.

A beavatkozás haszna és előnye

Bizonyos szív-működési zavaroknál, illetve, ha a szív saját ingerképző vagy ingerületvezető rendszere károsodik, életveszélyes szív-pumpa funkció veszteség alakul ki. Ilyenkor a szív kamra közvetlen ingerlésével elérhető olyan szívritmus, amivel a károsodott funkció helyreállítható és a szervezet számára megfelelő véráramlás biztosítható.

A szívbe ilyen elektródát legeredményesebben nagyvénákon keresztül lehet vezetni.

Mialatt a szív ingerlést ideiglenesen kívülről vezéreljük, lehetőségünk adódik a működési zavar pontos okának felkutatására és a megfelelő végleges kezelés megválasztására.

A lehetséges szövődmények

Előfordulhat vérömleny a szúrás környezetében, légmell, vagy mellűri folyadékgyülem. Az elektróda felvezetése okozhatja a véna vagy a szívizomzat átfúródását, ezek igen ritka szövődmények. A szívizomzat az elektróda érintésére ritmuszavarral válaszolhat. Ez a szövődmény szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak, könnyen felismerhető és elhárítható. Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.

A beavatkozás visszautasításának várható következményei

A szívizomzat megfelelő pumpafunkciójának hiányában bármikor bekövetkezhet az eszmélet elvesztése, keringésmegállás, illetve a szervek alacsony vérellátása miatt a szervek elégtelensége.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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:

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

Tel.: 25/ 550-115

SBO alapidokumentum: .../SBO

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
MELLKASCSSÖVEZÉSHEZ ÉS MELLŰRI SZÍVÓKEZELÉSHEZ

Beteg neve:	Sz:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk!

A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TÁJÉKOZTATÓ

A tervezett beavatkozás – mellkascsővezés és szívókezelés

A mellhártya két lemeze között kórosan felszaporodott levegő (légmell)- vagy folyadékgyülem (folyadék, vér, genny) leeresztése egy csövön keresztül, majd az utánpótlás folyamatos eltávolítása a csövön át végzett enyhe szívóerővel, mely a folyamat gyógyulásáig tart. A beavatkozás helyi érzéstelenítésben történik.

A beavatkozás haszna és előnye

Az Ön panaszait mellkasi levegő- vagy folyadékgyülem okozza vagy súlyosbítja. Ha ezt lebocsátjuk, légzőszervei funkciója javul és a szervezet oxigénellátása is hatékonyabbá válik. A lecsapolt folyadék elemzésével lehetőség nyílik további vizsgálatok végzésére, a kórfolyamat tisztázására. Mivel számítunk a levegő/folyadék utántelődésére, a tartós eredményt folyamatos szívókezeléssel biztosítjuk, míg a folyamat meggyógyul, a levegő/folyadék forrása beheged.

A lehetséges szövődmények

Előfordulhat vérömleny a szúrás környezetében, légmell, vagy ismétlődő mellűri folyadékgyülem, mellűri vérömleny. Ilyenkor mellűri a csővezés és szívókezelés elhúzódhat. Nagyon ritkán előfordulhat a tüdő burkainak sérülése, ami műtétet tehet szükségessé. Előfordulhat gyulladás a cső környezetében vagy a cső befertőződése. Ezek a szövődmények szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak, könnyen felismerhetők és elháríthatók. Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.

A beavatkozás visszautasításának várható következményei

A beavatkozás nélkül a légzési funkció további romlása, a tüdő összenyomódása, fulladás fokozódása, a folyadék befertőződése, keringési sokk és keringésmegállás is veszélyeztet.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ:

____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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:

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

Tel.: 25/ 550-115

SBO alapidokumentum: .../SBO

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
CENTRÁLIS VÉNA KANÜLÁLÁSÁHOZ**

Beteg neve:	Sz:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk!

A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TÁJÉKOZTATÓ
A tervezett beavatkozás – centrális véna kanülálása
A nyaki mélyvénát vagy a kulcscsont alatti vénát bőrön át történő megszúrjuk és oda műanyag kanült vezetünk be. Ez a kanül tartósan bent marad. A beavatkozás helyi érzéstelenítésben történik.
A beavatkozás haszna és előnye
A fenti vénák folyamatos hozzáférhetőségének biztosításával hatékonyabban tudjuk a gyógyszereket és infúziókat bejuttatni az Ön szervezetébe. Így nem kényszerülünk ismételt vénaszúrásokra. A kanülon keresztül bizonyos méréseket is el tudunk végezni, ami információ adhat számunkra az Ön betegségével kapcsolatban.
A lehetséges szövődmények
Előfordulhat vérömleny a szúrás környezetében, légmell, vagy mellúri folyadékgyülem. A kanül felvezetése okozhatja a véna átfűródását, ezek igen ritka szövődmények. A szúrás helyén gyulladásos folyamat alakulhat ki. Előfordulhat a kanül fertőződése is. Ezek a szövődmények szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak, könnyen felismerhetők és elháríthatók. Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.
A beavatkozás visszautasításának várható következményei
A perifériás vénák kevésbé tartósak, gyorsabban hasznavehetetlenné válnak, elzáródnak, kimozdulnak, befertőződnek, átmérőjük is kisebb. Bizonyos gyógyszerek nem adagolhatók a végtagok vénáin keresztül biztosított perifériás vénákon keresztül, ilyenkor feltétlenül szükséges a centrális véna biztosítása.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:
_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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:

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

Tel.: 25/ 550-115

SBO alapidokumentum: .../SBO

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
ELEKTROMOS CARDIOVERSIOHOZ

Beteg neve:	Sz:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk!

A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TAJÉKOZTATÓ**A tervezett beavatkozás – elektromos cardioversio**

Elektromos cardioversio az a beavatkozás, mikor a szív pitvarának ingerképzési zavarát egy nagyobb energiájú „áramütéssel” kioltjuk, így lehetőség nyílik a normális, szabályos szívritmus visszatértére. A beavatkozás úgynevezett intravénás, rövid altatásban, az életfunkciók teljes monitorozása mellett történik.

A beavatkozás haszna és előnye

A pitvar rendszertelen összehúzódása, remegése, illetve a kamrai ritmustól független működése felesleges terhet ró a szívizomzatra és növeli oxigénszükségletét. Ez gazdaságtalan, ami szívelégtelenséget is okozhat. Eközben a pitvar üregében vérrög képződhet, melyről kisebb rögök szakadhatnak le, ami a szervek ereibe vándorolva ronthatja azok vérellátását és vakságot, agylágyulást, bélhalást, végtagvesztést okozhat. A ritmuszavar helyreállításával ez a veszély megszűnik és a szív teljesítőképessége javul.

A lehetséges szövődmények

Előfordulhat vérrögek képződés, annak ellenére, hogy véralvadás-gátló kezelést alkalmazunk. Maga az elektromos ütés is provokálhat ritmuszavart. A bőrön, ahol az elektromos ütest leadjuk, kisebb égés-szerű érzés keletkezhet. Az altatás szövődményeként túlérzékenységi (allergiás) reakció, átmeneti vérnyomáscsökkenés és a légzés felületessé válása vagy pár másodperces szünetelése alakulhat ki. Ezek a szövődmények szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak, könnyen felismerhetők és elháríthatók. Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.

A beavatkozás visszautasításának várható következményei

Ha a normális ritmust nem állítjuk helyre, idővel a szívizomzat funkciója romlik, és a normális teljesítőképesség megtartásához kiegészítő gyógyszerek lesznek szükségesek. Ebben az esetben a vérrögek képződés kockázata is állandósul.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____/____/____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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:

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY

Tel.: 25/ 550-115

SBO alapidokumentum:/SBO

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
LUMBÁLPUNKCIÓHOZ

Beteg neve:	Sz.:
Diagnosis latinul:	Diagnosis magyarul:

Tisztelt Betegünk! A jogszabályok értelmében részletes tájékoztatást adunk az Önnél tervezett beavatkozásról, annak részleteire is kitérve. Hangsúlyozzuk, hogy csak az Ön írásos beleegyezésével végezhetjük el a beavatkozást, kivéve, ha életmentő céllal történik meg.

TÁJÉKOZTATÓ
A tervezett beavatkozás – GERINCFOLYADEK CSAPOLÁS
Önnél kezelőorvosa olyan kórállapotot feltételez, melynek pontos meghatározásához, illetve a kezelés megtervezéséhez szükség van az agy-gerincfolyadékból (más néven agyvíz) történő mintavételre. Az agyvíz az agyat és a gerincvelőt övező folyadék, mely védi a központi idegrendszert. Bizonyos betegségek esetén ennek összetétele megváltozik. Az agyvíz vétele gerincfolyadék csapolásával történik. Ennek során a páciens az oldalán fekvő vagy az ágy szélén ülve helyezkedik el és hátát kidomborítja. A megfelelő területet lefertőtlenítjük, majd helyi érzéstelenítővel érzéstelenítjük. Ezt követően az orvos két csigolya között bevezeti a tűt a gerincsatornába, ahonnan a mintavétel történik. A beavatkozást követően a területet steril kötővel fedjük, ezt követően 24 órán át fekvés javasolt, és bő folyadékfogyasztás szükséges.
A beavatkozás haszna és előnye
Az agyvíz vizsgálata segítséget nyújt bizonyos idegrendszeri kórképek (gyulladások, egyéb károsodások) felismeréséhez.
A lehetséges szövődmények
Előfordulhat vérömleny a szúrás környezetében vagy helyi fertőzés, az érzéstelenítővel szemben pedig allergiás reakció alakulhat ki. A mintavételt követően fejfájás léphet fel, ilyenkor fekvés és bő folyadékfogyasztás szükséges. Ezek a szövődmények szakszerűen végzett beavatkozás ellenére is előfordulnak, felismerhetők és elháríthatók. Ritkán fordul elő a kilépő ideggyök helyi sérülése. Az előforduló szövődmények elhárítására és ellátásra felkészültünk.
A beavatkozás visszautasításának várható következményei
A beavatkozás nélkül az Ön panaszainak és tüneteinek oka kideríthetetlen maradhat, ami a betegség súlyosbodásához vezethet.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Sürgősségi Betegellátó osztályán 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: