

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT	EHB 7-09/00-43
	Szisztémás vérrögoldás – Tüdőembólia (thrombolysis Actilyse-vel)	Változat: 1 Hatálybalépés: 2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
 Tagkórház megnevezése:
 Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:
 Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:
 Születési név:
 Születési hely, idő:
 Lakcím:

TAJ szám:
 Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

- ☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában
☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes
 ☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában
 ☐ bb) gyermeke, ennek hiányában
 ☐ bc) szülője, ennek hiányában
 ☐ bd) testvére, ennek hiányában
 ☐ be) nagyszülője, ennek hiányában
 ☐ bf) unokája

- ☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes
 ☐ ca) gyermeke, ennek hiányában
 ☐ cb) szülője, ennek hiányában
 ☐ cc) testvére, ennek hiányában
 ☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában
 ☐ cc) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	

- Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): vérrög a tüdő ereiben (tüdőembólia)
- Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Szisztémás vérrögoldás (thrombolysis Actilyse-vel).
- Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**
- Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**
- Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

¹ A megfelelő rész aláhúzandó.

Önnek (hozzátartozójának) a vizsgálatok szerint vérrög került a tüdő ereibe (arteria pulmonalis). A betegség oka, hogy egy vérrög (thromboembolus) leszakadhatott az alsó végtag vagy a medence vénás rendszerének a faláról és ez bekerülhetett a tüdő keringésébe, amely okozza az Ön vagy hozzátartozója panaszait (fulladás, elsápadás, alacsony vérnyomás, száraz köhécseles, véres köpet, indokolatlan gyors szívműködés, esetleg elájulás).

Az eddigi nemzetközi és hazai vizsgálatok alapján az első tünetektől számított 14 napon belül lehetőség van a vérrög feloldására az **Actilyse** nevű, Magyarországon is törzskönyvezt és forgalomban lévő gyógyszerrel. Ez a gyógyszer például a szívinfarktusban, stroke-ban is hatásos kezelést tesz lehetővé. Önnél (hozzátartozójánál) a szigorú feltételeket is figyelembe véve alkalmazható a kezelés.

A kezelés eredményeként a keletkezett érelzáródás oldódása, és a tünetek javulása, esetleg megszűnése várható.

A kezelés kockázatai:

Leggyakoribb szövődmény a különböző vérzések (húgyúti, gyomor- bél rendszer, agy, fogíny) jelentkezése, valamint allergiás reakció, de a kísérő társbetegségek és kontra indikációk figyelembe vétele mellett a minimálisra csökkenthető az előfordulása.

A szövődmények megelőzésére gondos szakorvosi és intenzív nővéri felügyelet alatt áll a kezelés ideje alatt.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A kezelés elmaradásának legsúlyosabb következménye a keringés leállása, amely nagy halálozási arányú, heveny jobb szívfél-elégtelenség, shock, szívelégtelenség, krónikus jobb szívfél elégtelenség kialakulásának nagy a rizikója.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Hasonlóan hatékony más kezelési lehetőség jelenleg nem áll rendelkezésre. Amennyiben visszautasítás miatt nem kerül sor a fenti kezelésre, természetesen az eddigi klinikai gyakorlatnak megfelelően a hagyományos, de sokkal csekélyebb hatékonyságú kezelési módot megkapja, és a kezelő személyzet továbbra is mindent elkövet, hogy minél kevesebb tünettől, minél jobb állapotban távozzon majd a kórházból. Ebben az esetben a kezelés 24-72 óráig tartó folyamatosan adagolt heparin jelenti, illetve hatékonyságát tekintve megegyező terápiás dózisú egyéb heparin származékkal is történhet.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

10 mg Actilyse bólus intravénás adását követően a további 90 mg-t 2 óra alatt kapja meg a beteg folyamatos infúziós adagolással. A kezelés osztályunk intenzív részlegén történik terápiában jártos szakorvos felügyelete mellett. Intenzív monitorizálás, újraélesztési készenlét mellett történik a beteg folyamatos ellenőrzése, kiemelten figyelve a vérzéses szövődmények előfordulására.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésem adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....
.....
.....

Figyelmeztetés!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképés kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképés kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

.....

támogató aláírása

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

.....

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
 beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház 4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700
--

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.