



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatálybalépés:

2023-04-28

Haspunctio (hascsapolás) beavatkozáshoz

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK

KÓD:

Beteg neve:

TAJ szám:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakcím:

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

Rokonsági foka:

☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

☐ ca) gyermeke, ennek hiányában

☐ bb) gyermeke, ennek hiányában

☐ cb) szülője, ennek hiányában

☐ bc) szülője, ennek hiányában

☐ cc) testvére, ennek hiányában

☐ bd) testvére, ennek hiányában

☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában

☐ be) nagyszülője, ennek hiányában

☐ cc) unokája

☐ bf) 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 / nem¹

Ha igen:

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Ascites (hasúri folyadék)

2./ Beavatkozás megnevezése: (magyarul, esetleg latinul): Hascsapolás (punkció)

Beavatkozás célja: hasúri folyadék (ascites) jelenléte esetén történhet:

a) diagnosztikus hascsapolás (haspunctio) - hasúri folyadék (ascites) eredetének tisztázása

b) terápiás (gyógyító) punkció

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:

Előnyök: - hasi feszülés csökken

- fontos a diagnózis felállításában

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

Ritkán az alábbi szövődményekkel járhat:

- a mintavétel után néhány óráig fájdalom a szúrás helyén,
- érzéstelenítőszer iránti túlérzékenység,
- hasúri vérzés,
- a hasfalón keresztül ascites csorgás,
- hasúri fertőzés, hashártyagyulladás,
- szúrásakor a bél-húgyhólyag-lép sérülése,
- a májbetegséghez társuló tudatzavar fokozódása és vesebetegség romlása.

Az esetleges szövődmények csökkentése, elkerülése érdekében **KÉRJÜK ALÁHÚZÁSSAL, ILLETVE KIFEJTÉSSSEL** válaszoljon az alábbi kérdésekre.

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről:	nem	igen	
Tud-e vérzékenységről:	nem	igen	
Szed-e véralvadást gátló gyógyszert:	nem	igen	
Van-e epilepsziája:	nem	igen	
Van-e zöldhályogja:	nem	igen	
Van-e beültetett szívritmusszabályzója:	nem	igen	
Fennáll-e terhesség:	nem	igen	
Van-e egyéb említésre méltó betegsége:	nem	igen	

.....

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

- késleltetheti a diagnózis felállítását – diagnosztikus hascsapolás esetében,
- a panaszok súlyosbodásához vezethet a terápiás hascsapolás elmaradása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- Vízhajtó alkalmazása mellett a hascsapolás néha elkerülhető.
- A diagnosztikus hascsapolásnak alternatívája nincs.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

a) **diagnosztikai hascsapolás (haspunctio):** 50-100 milliliter hasúri folyadékot bocsátunk le, melyből meghatározzuk az ascites színét, fajsúlyát, fehérje tartalmát, egyéb kémiai összetételét, sejttartalmát, valamint a folyadékból bakteriológiai és citológiai vizsgálatok történnek.

b) **terápiás hascsapolás (haspunctio):** ha a hasi panaszokat okozó ascites gyógyszeres kezeléssel már nem szüntethető meg, ilyenkor több liter (akár 6-10 liter) folyadék is eltávolítható.

A punctiot az alhas bal oldalán kell elvégezni, a kissé bal felé fordított fekvő betegen, miután a betegvizsgálat során, vagy UH-vizsgálat segítségével a szúrás helyét biztonsággal meghatároztuk. Előzetes hólyagkiürítés, a hasfal bőrének fertőtlenítése és a bőr alatti szövetek injekcióval történő helyi érzéstelenítése után speciális tűvel történik a punctio. A vizsgálat során néhány milliliter, de akár több liter folyadék is lebocsátható. A punctiót követően néhány óráig a szúrás helyére szorítókötést helyezünk és pihenés javasolt.

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 beleegyezésemet 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 cselekvőképes 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 cselekvőképes 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:

.....
.....

.....

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.

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

Tájékoztatásról való lemondás

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

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....
.....
Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

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:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

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

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.