

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

Peritoneális dialízis (PD) katéter beültetéshez

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatálybalépés:

2023-04-28

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

NEAK KÓD:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

Beteg neve:**Születési név:****Születési hely, idő:****Lakcím:****TAJ szám:****Anyja neve:**

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés 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 c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában
a b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképésbeteggel közös háztartásban nem élő,
cselekvőképés 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 ce) 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 / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:
Címe:
Telefonszáma:

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**2./ Beavatkozás megnevezése:** Peritoneális dialízis (PD) katéter beültetés.**3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:****4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

Előnyei:

- nagyfokú függetlenség
- rugalmas időbeosztás
- folyamatos méregtelenítés
- otthon végezhető
- szabadabb diéta
- stabil vérnyomás és vércukorszint, az inzulin beadható a dializáló oldatba
- nem igényel érösszeköttetést és heparinizációt
- kórháztól független életformát biztosít

Kockázatai:

- Fertőzésveszély miatt ügyeljen a sterilitás betartására, a tisztaságra, kézmosásra.
- Hashártyagyulladás.
- Figyelje meg a katéter-kimenet környékét: bőrpír, pörk, fájdalom, váladékozás fertőzés jele.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

- Életet veszélyeztető állapot.
- Veseelégtelenség, szívelégtelenség és szövődményei.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Haemodialízis, ha lehetséges.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Körülbelül 2 liter dializáló oldatot juttatunk a hasüregbe egy speciális csövön, a PD-katéteren keresztül. Ez a folyamat a „bevezetés”. A tisztító eljárás a hasüregben található hártyát használja természetes szűrőként. A salakanyag és a felesleges víz a szervezetből a dializáló oldatba távozik a peritoneális hártyán keresztül. Ezt hívják „bent tartási időnek”. 4-12 órával később ezt az oldatot egy körülbelül 20-30 percig tartó „lecsapolás” nevű eljárással vezetjük el a hasüregből. Ezt követően újabb steril folyadékot kell a hasüregbe csepegtetni, és az egész folyamat ismét újraindul. Az előzőleg bevezetett folyadék kivezetésének és az új becsepegtetésének folyamatát „oldatcserének” nevezzük. Elsősorban a gravitáció végzi el ezt a feladatot. Az oldatcserék idejét leszámítva – ami körülbelül 30-40 percet vesz igénybe, napi 3-5 alkalommal – a nap többi részében Ön azt csinálja, amit akar (így akár dolgozhat, tanulhat vagy utazhat is).

Az esetleges szövődmények csökkentése, elkerülése érdekében **kérjük aláhúzással, illetve kifejtéssel** válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről:	nem	igen
Van-e vérzékenysége:	nem	igen
Van-e szív-, tüdő-, vesebetegsége:	nem	igen
Szed-e véralvadásgátló gyógyszert (Heparin, Syncumar, Warfarin):	nem	igen
Szed-e trombocita aggregáció gátló gyógyszert (aspirin, clopidogrel, ticlopidin):	nem	igen
Van-e epilepsziája:	nem	igen
Volt-e endokarditisze:	nem	igen
Van-e beültetett szívritmusszabályzója:	nem	igen
Van-e krónikus fertőző betegsége (AIDS, hepatitis-B, -C):	nem	igen
Fennáll-e terhesség:	nem	igen
Van-e egyéb említésre méltó betegsége:	nem	igen

.....
.....

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 kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....

.....
kezelőorvos aláírása
aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének

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:

.....
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:

.....

.....

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.

