



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Radiológiai vizsgálatba - Urographia

FGYB 7-03/22-05

Változat: 2

Hatályba lépés:

2014. 10. 01

OSZTALY NEVE;

Osztályvezető főorvos:

OEP KÓD: ;

Tel.;

Beteg neve:

TAJ szám:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakcím:

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

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<sub>1</sub>

Ha igen:

Támogató neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma: .....

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): intravénás kontrasztanyag vizsgálat3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos(ak):**4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./**Javasolt beavatkozás célja:** Az urographiás vizsgálatot leggyakrabban azért végzik, hogy láthatóvá tegyék a vesék üregrendszerét, a húgyvezetékét és a húgyhólyagot. Pontosan meg lehet határozni a gyanított vesekő helyét. Következtetni lehet a vesék működésére és arra, hogy a jelzett kő milyen mértékben akadályozza a vizelet elfolyását. Egyéb betegségekre, például a húgyutak daganatos betegségeire, vagy a környező szervek betegségeire is lehet következtetni.

Bár a vizsgálattal járó sugárterhelés alacsony és az allergiás reakció is viszonylag ritka, mégis csak akkor végzik el, ha az általa nyert információ feltétlenül szükséges a kezeléshez, esetleg megváltoztatja az alkalmazott terápiát.

6./**Javasolt beavatkozás kockázatai:**

- A fejlődő magzat különösen érzékeny a röntgensugár okozta károsodásokra, ezért a nők terhességüket, vagy annak lehetőségét feltétlenül jelezzék a vizsgálat előtt.

- Az alkalmazott kontrasztanyag allergiás reakciót okozhat!

- A tudott jóérzékenységet szintén jelezni kell a vizsgáló orvosnak. Az allergiás reakció rendszerint ritka és enyhe, pl. bőrpír, csalánkiütés, bőrviszketés jelentkezik, de a kontrasztanyag-allergia egyéb gyógyszer- és vegyszerallergiákhoz hasonlóan súlyos, akár életveszélyes szövődmények, ún. anafilaxiás sokk kialakulásához is vezethet.

- A tűszúrás helyén vérzés, bőrbevérzés, gyulladás keletkezhet.

- A vizsgálat fájdalomtalan, a tűszúrás kellemetlenségével jár.

Fehérgyarmat Kórház és Gyógyfürdő

4900 Fehérgyarmat, Damjanich u. 1. sz. Tel.: 44/511-111 4800 Vásárosnamény, Ady E. u. 5., Tel.: 45/570-770

4300 Nyírbátor, Édesanyák útja 1/a. Tel.: 42/281-711



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Radiológiai vizsgálatba - Urographia

FGYB 7-03/22-05

Változat: 2

Hatályba lépés:

2014. 10. 01

### 7./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Az urográfia során a jódtartalmú kontrasztanyagot a vénán (gyűjtőéren) keresztül a véráramba juttatják, majd a vese innen választja ki a húgyutakba. A röntgenképen ábrázolódik a kontrasztanyag kiválasztása következtében kirajzolódó üregrendszer, húgyvezeték és a húgyhólyag. Egy-egy adott időpillanatban hagyományos röntgenfelvétel készül. Több felvételsorozatból álló, időigényes vizsgálat, miközben testhelyzet-változtatásra kérhetik meg. A felvételek elkészítésekor szükség van a lélegzet visszatartására. A kontrasztanyag hányingert, émelygést okozhat, ezért a vizsgálatra éhgyomorral kell menni.

Időigényes vizsgálat, előfordulhat, hogy többször visszahívják a vizsgálóhelyiségbe, hogy megnézzék, mennyi kontrasztanyag választódott ki 1-2 óra alatt az üregrendszer felé.

## NYILATKOZAT

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, milyen beavatkozást szeretnék. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására, ezt saját kézirással 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 miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

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

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 kézirással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

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

### **Figyelmeztetés!**

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

Fehérgyarmat Kórház és Gyógyfürdő

4900 Fehérgyarmat, Damjanich u. 1. sz. Tel: 44/511-111 4800 Vásárosnamény, Ady E. u. 5., Tel.: 45/570-770

4300 Nyírbátor, Édesanyák útja 1/a. Tel.: 42/281-711



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Radiológiai vizsgálatba - Urographia

FGYB 7-03/22-05

Változat: 2

Hatályba lépés:

2014. 10. 01

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

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

### 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!

Dátum

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**