



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatálybalépés:

2023-04-28

Mellkascsapolás

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

ce) 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): Folyadék a mellhártya lemezei között.

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Mellkascsapolás.

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

Előnye: a beavatkozás a fennálló panaszok azonnali csökkentését szolgálja, és egyben diagnosztikus mintavételei eljárás is.

Kockázata: a 8-as pontban foglalt szövődmények.

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata: A betegség feltárását jelentős mértékben hátráltatja vagy akár lehetetlenné is teheti.

Terápiás csapolás elmaradása esetén panaszok fokozódása, fulladás, halál.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Gyógyszeresen meg lehet próbálkozni a mellkasi folyadék mennyiségének csökkentésével, ha az oka már tisztázott. Diagnosztikus szempontból mellkas csapolást pótló eljárás nincs, hiszen a beavatkozás lényege maga a diagnosztikus vizsgálat tárgyát képező folyadék nyerése.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Beavatkozás célja:

Mellkasfalat és tüdőt borító lemezek között felhalmozódott folyadék leszívása annak érdekében, hogy a tüdőnek több helye legyen kitágulni, megszűnjön az összenyomott állapota, és felvehesse normál méretét.

A leszívott folyadék laboratóriumi vizsgálat alá kerül, melyből megállapítható az összetétele, fajsúlya, és vizsgálhatóak az üledékben lévő sejtek is.

A beavatkozás folyamata:

A beavatkozás során folyadékot nyerünk a mellkasban felszaporodó folyadékból. A folyadék elhelyezkedését az orvos röntgennel, vagy UH-vizsgálattal, illetve kopogtatás segítségével tudja meghatározni. A beavatkozás közben Ön ül, kicsit előrehajol, esetleg a szék háttámláján támaszkodik. A mellkas bőrének fertőtlenítő oldattal történő többszöri lemosása után szúrunk be, és érzéstelenítő oldatot fecskendezünk, hogy a vizsgálat ideje alatt ne érezzen fájdalmat. Ezt követően fecskendővel, vagy speciális szívókészülékkel kiszívják a mellkasból a folyadékot. A beavatkozás csak mérsékelten fájdalmas, ritkán fordul elő szövődmény. A folyadék lebocsajtása történhet a betegség megállapítása céljából, amikor is a levett anyagban a lévő sejteket vizsgáljuk vagy kórokozókat mutatunk ki belőle. Továbbá lehet terápiás célú: azaz a folyadék mennyiségének csökkentése, ezáltal az okozott panaszok (fulladás, fájdalom, köhögés) csökkentése a cél.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

Néhány óráig megmaradó mellkasi fájdalom, ami a légzéssel összefügghet.

A szúrás során sérülhetnek a mellkasfali erek vagy tüdőszövetek, ami helyi vérzést okozhat mellkasfalban, mellhártya ürben és a tüdő állományában általában szerény mértékű és jól uralható. /Ezért fontos az alvadásgátló gyógyszerek szedése vagy az esetleges vérzékenység kérdése/

A ritkán előforduló tüdősrülés következtében légmell alakulhat ki, amikor a szervet és a mellkasfalat fedő mellhártya lemezek közé levegő kerülhet, aminek következtében a légzőszervünk összeeshet, s e miatt kis sebészeti beavatkozásra kerülhet sor. Megszüntetésére egy vékony csövet helyezünk be a mellürbe, és állandó szívókezelés hatására a tüdő újra kitágul. Általában 3-5 nap múlva a csövet eltávolítjuk.

Fertőzés keletkezhet, amelyet a sterilitás szabályainak betartásával igyekszünk kivédeni.

A mellkascsapolás ritkán jár súlyos szövődménnyel. Az esetek 0.0001% jár halálos kimenetelű szövődménnyel.

Van-e Önnek JÓD érzékenysége?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Van-e Önnek LIDOCAIN érzékenysége?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Szed-e Syncumart, vagy hasonló véralvadást gátló gyógyszert?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Tud-e vérzékenységről?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Van-e epilepsziája?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Van-e zöldhályogja?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Van-e beültetett szívritmusszabályzója?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Fennáll-e terhesség?	IGEN / NEM / NEM TUDOM
Van-e egyéb említésre méltó betegsége?	

.....

A fent említett szövődmények minimalizálása érdekében – a fentiekén túlmenően is - minden korábbi és jelenlegi betegségeiről, műtétekről, szedett és aktuális gyógyszereiről, gyógyszerérzékenységről tájékoztassa kezelőorvosát és a beavatkozást végző orvost.

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben Ön a tájékoztatást elmulasztja, vagy valamely betegségét elhallgatja, az Önre ebből származó hátrányokért az Intézet felelősséget nem vállal.

- a fentiek ismeretében az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- esetlegesen személyre szabott kockázatok:

A fentiekben felsorolt szövődmények a beavatkozás reális kockázatát jelentik, ezért bekövetkezésük esetén, ha az eljárás az elvárható gondosságnak és a szakmai előírásoknak megfelelően történt, Ön kártérítési igényvel nem élhet.

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

.....
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:

.....
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 tájékozottassák:

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

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.

