



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Szövethegyer mintavétel (core biopsia)

EHB 7-09/00-43

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 / nem¹

Ha igen:

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

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

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

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:

A szövetminta vétel arra szolgál, hogy az eddig végzett nem invazív képalkotó vizsgálatokkal nem bizonyíthatóan jóindulatú elváltozás pontosabb, szövettani mibenlétét kimutassa. Az Ön betegségének kezelését akkor lehet elkezdni, ha szövettani lelet rendelkezésre áll. Ezért szükséges minél hamarabb elvégezni a mintavételt.

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

A mintavétel során a vizsgálni kívánt szövetrészletet a bőrön (és esetenként egyéb szerven pl. májon, gyomron) át röntgen, UH vagy CT vezérléssel megszurjuk. A beavatkozás kockázatai abból adódnak, hogy a mintavétel közelében elhelyezkedő szerv, testüreg, esetleg bél sérülhet. Ilyen esetekben kezelést igénylő légmell, mellkasi vagy hasi szerv sérülés alakulhat ki.

Annak érdekében, hogy az ilyen sérüléseket minél nagyobb biztonsággal el lehessen kerülni fontos, hogy Ön a légzés visszatartására vonatkozó utasítást a beavatkozás során nagyon pontosan tartsa be.

A beavatkozás előtti labor vizsgálat is a szövődmények elkerülése érdekében szükséges, mert a nem megfelelő véralvadás esetén a szűrés következtében rendszerint kisebb, nagyon ritkán életet veszélyeztető hasúri (mellúri) vérzés is előfordulhat. A mintavétel ritka szövődményei lehetnek a vérzésen kívül: fertőzés, üreges szerv átlukadása (perforatioja), epecsorgás, hasnyálcsgorgás, bélsérülés. Az esetek csekély hányadában a kialakult szövődmény sürgős műtétet, vagy műtétszerű beavatkozást (légmell csövezés, esetenként hosszabb kórházi megfigyelést) igényel. Az esetek döntő hányadában a kialakuló kisebb mértékű vérzés nem igényel külön kezelést és néhány óras kórházi megfigyelés utána beteg hazamehet.

A szövődmények megelőzése érdekében kérjük, hogy az alább felsorolt kérdésekre **a megfelelő válasz aláhúzásával válaszoljon:**

Tud-e vérzékenységről?	igen	nem
Szed-e véralvadás gátló gyógyszert?	igen	nem
Lidocain vagy egyéb gyógyszerérzékenysége van-e?	igen	nem
Van-e kezelést igénylő betegsége?	igen	nem
Tud-e terhességről?	igen	nem

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai: Kezelést igénylő betegségére nem derül fény időben és ez rontja a gyógyulás esélyeit.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Műtét és műtét során eltávolított szövet szövettani vizsgálata.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A mintavétel előtt helyi érzéstelenítést végzünk Lidocainnal. A beavatkozás során speciális tűvel és eszközzel veszünk ki mintát, amelyet szövettanász megvizsgál.

A mintavétel során, annak sikere érdekében az Ön együttműködése szükséges. A légzés visszatartására vonatkozó utasítást be kell tartani, azért hogy a mintavétel helye ne mozduljon el és nem kívánt sérülés ne következzen be. A szűrés helyén jelentkező kisebb vérzés nem igényel külön kezelést, csupán fedőkötést. Jelentős fájdalom, vérzés esetén, vagy egyéb, a mintavétel során vagy után fellépő panaszt kérjük, jelezze a beavatkozást végző személyzetnek. Későbbiekben jelentkező panaszával kezelőorvosához, vagy háziorvosához szíveskedjék fordulni!

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 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 megisméltése 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)

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.

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 betegsémemről 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.