



## TÁJÉKOZTATÁS ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT FARMAKODYNAIMÁS (REVERSIBILITÁSI) VIZSGÁLATHOZ

FGYB 7-08/23-06

Változat: 1  
Érvénybe lép:  
2013. 04.01.

### Betegtájékoztatás a farmakodinamiás (reversibilitási) vizsgálatról

Az asztmás nehézlégzés elkülönítésére, ill. az asztma kizárására a reversibilitás-teszt szolgál. A teszt a légzésfunkció-vizsgálat megismétlése hörgőtágító beadását követően 15-20 perc elteltével.

**A vizsgálat menete:** Reversibilitási teszt az orvosi tünetes és légúti obstrukcióval rendelkező (FEV1 <80% és FEV1/FVC <75 %) beteg esetében alkalmazandó.

A teszt során a kiindulási légzésfunkció mérése után gyors hatású  $\beta$ -agonista hörgőtágítót (salbutamol 200-400 mgr) inhalál a beteg, majd 15-20 perc múlva ismételt spirometriára kerül sor. Reversibilis a légúti obstrukció, amennyiben a kiindulási FEV1 értéket 12 %-kal meghaladó, és legalább 200 ml-es FEV1 növekedés alakul ki a gyors hatású hörgőtágító alkalmazását követően.

**Tevékenység szövődménye:** A vizsgálat teljesen veszélytelen, igen ritkán a szalbutamol összetevőivel szemben érzékenység alakulhat ki, ennek tünetei fellépnek: elvétve nagyon súlyos esetben gyengeség, szédülés, gyors szívverés léphet fel.

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

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről:	igen – nem
Szed-e rendszeresen gyógyszert:	igen – nem
Van-e epilepsziája:	igen – nem
Van-e egyéb, említésre méltó betegsége:	igen – nem

Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel a beavatkozást végző orvosnak!

Dátum:

A tájékoztatót megértettem: .....

### Beleegyző nyilatkozat farmakodinamiás (reversibilitási) vizsgálatba

Alulírott .....(név) .....(szül.idő) kijelentem és aláírással megerősítem, hogy ..... betegség miatt szükségessé váló **farmakodinamiás (reversibilitási) vizsgálatba** beleegyezek.

Kezelőorvosom, Dr. .... a beavatkozás szükségességéről, kivitelezéséről, esetleges szövődményeiről és következményeiről írásban és szóban részletesen tájékoztatott. Kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom.

.....év.....hó.....nap

.....  
kezelőorvos

.....  
beteg vagy törvényes képviselője  
(rokonsági viszony feltüntetésével)

Fehérgyarmati Kórház és Gyógyfürdő

4900 Fehérgyarmat, Damjanich u. 1 Tel: 44/511-111, 4800 Vásárosnamény, Ady E. u. 5. Tel.: 45/570-770  
4300 Nyírbátor, Édesanyák útja 1/a. Tel.: 42/281-711

FGYB 7-08\_23-06 Tájékoztató és beleegyző nyil. Farmakodinamiás vizsgálathoz