



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Transoesophagealis echokardiográfias vizsgálathoz (TEE)

FGYB 7-08/17-01

Változat: 2

Hatályba lépés:

2014. 10. 01

OSZTALY/SZAKRENDELÉS NEVE;

Osztályvezető főorvos:

OEP KÓD: ;

Tel.::;

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármelyi ügycsoport 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): Nyelöcsöves Szívvultrahang vizsgálat, Transoesophagealis echokardiográfias vizsgálat (TEE)3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos(ak):** .....4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:** .....5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

**Előnyök:** A mellkasfalán keresztül végzett echokardiográfias vizsgálattal bizonyos képletek, elváltozások nem, vagy nem megfelelően vizsgálhatók. A vizsgálat javallatai gyakorisági sorrendben:

- Embóliaforrás kimutatása
- Szívbillentyű betegségek
- Endokarditisz (szívbelhártyagyulladás)
- Műbillentyű elváltozások
- Veleszületett szívbetegségek
- Tumorok
- Koszorúérbetegség
- Aorta elváltozások
- Kritikus állapotú beteg
- Aorta fal szakadása (disszekció)

A TEE minden olyan esetben javallt, amikor az iránydiagnózis TTE során megnyugtatóan nem igazolható, vagy nem vethető el.



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Transoesophagealis echokardiográfias vizsgálathoz (TEE)

FGYB 7-08/17-01

Változat: 2

Hatályba lépés:

2014. 10. 01

**Kockázata:** a garat a nyelőcső nyálkahártya sérülése, emiatt torokfájás, nyelési fájdalom, utóvérzés. Szélsőséges esetben váladék aspiráció, nyelőcső átfürödés, szívritmuszavar is előfordulhat.

A beavatkozás kockázata, lehetséges szövődményei:

- az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:.....

- személyre szabott kockázatok: .....

### 6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A vizsgálat elmaradásának kockázata a vizsgálatot szükségessé tevő feltételezett kórképtől függ. Így szívüregben lévő vérrög következtében ismételt embolizáció, szív-belhártyagyulladás esetén a szeepszis okának kezelése. Aorta szakadás esetén a szükséges sürgős műtét elmaradása

### 7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Nincs

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

A vizsgálat időtartama előkészítéssel együtt kb. 30-40 perc, ezt követi egy kb. 3 órás intézeti megfigyelés. Általában elektív vizsgálatról van szó, bizonyos lehetséges szövődmények megelőzése céljából mintegy 6-7 órás éhezés kell, hogy megelőzze. A TEE a rendelési napon lehetőség szerint az első beavatkozás, fontos tehát az időben, reggel 8 órára történő megjelenés. Kivétel ez alól minden akut eset, ezek száma azonban elenyésző.

*A beavatkozás folyamata:*

- kivethető fogsor eltávolítása,
- helyi garatérzéstelenítés Lidocain spray befúvásával,
- vénabiztosítás vénakanüllel,
- nyugtató injekció diazepam 5-10 mg iv. (Seduxen – 1 amp.)
- műanyag harapás gátló behelyezése a fogak közé,
- a beteg bal oldalfekvő helyzetében a vizsgáló eszköz levezetése a nyelőcsőbe,
- vizsgálat közben, amennyiben szükséges a garatváladék eltávolítása gépi szívókészülékkel,
- a vizsgálat során, ha szükséges NaCl oldat-sajátvér keverék vénás adása, kontraszt hatás eléréséhez,
- a vizsgálat befejezése után a vizsgálóeszköz eltávolítása, száj-garatüreg toalett, véna kanül eltávolítása,
- a garatérzéstelenítés miatt szájon keresztül történő étel-ital fogyasztását kérjük, mellőzze, az étkezés mindaddig nem javallt, míg a biztos nyelés képessége helyre nem áll. (kb. 1-3 óra)
- a vizsgálatot követően két órán át járművet nem vezethet, gyors reakcióképességet igénylő tevékenységet nem végezhet.

### 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, milyen beavatkozást szeretnék. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására, 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 miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyogyeredmény 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 megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszerből mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház 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

## Transoesophagealis echokardiográfias vizsgálathoz (TEE)

FGYB 7-08/17-01

Változat: 2

Hatályba lépés:

2014. 10. 01

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!**

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

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

### 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!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház 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

## Transoesophagealis echokardiográfiás vizsgálathoz (TEE)

FGYB 7-08/17-01

Változat: 2

Hatályba lépés:

2014. 10. 01

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!**