



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT DIALIZÁLÓ KANÜL BEÜLTETÉSÉHEZ

Alulírott..... nyilatkozom, hogy felvilágosítottak arról, hogy nálam dializáló kanül beültetésére van szükség.

Ennek során a kulcscsont alatti, és/vagy a nyaki, adott esetben a combhajlati, vagy könyökhajlati terület megtisztítása és érzéstelenítése, és az orvos megítélése szerint szükséges esetben vénás injekció formájában beadott bódító hatású szer alkalmazása után, valamelyik vénába kerül beültetésre. Megértettem, hogy a beavatkozás halasztást nem tűrhet orvosi szempontból, mert súlyosan emelkedett vesefunkciós értékeim és elégtelen vizelet mennyiségem uraemias toxicosis, súlyos keringési és légzési elégtelenséghez ez által pedig halálhoz vezet. Ezért szükséges a kanül beültetése.

Tájékoztattak a beavatkozás előnyeiről és kockázatairól; elmondták, hogy ritka esetekben a vénák sérülése, szakadása, ezáltal jelentős belső vérzés léphet fel, mely műtétet tehet szükségessé. Sérülhet a mellhártya, légmell alakulhat ki, mely szintén műtétet tehet szükségessé. Megsérülhet a vénák közelében futó artéria is, mely még intenzívebb, súlyosabb vérzést okozhat. Allergiás reakció léphet fel a helyileg, vagy vénásan alkalmazott gyógyszerrel szemben. Különösen előzőleg alkalmazott gyógyszeres kezelés esetén fokozott vérzésveszély, nagy mennyiségű vérzés léphet fel. A kanül kicsuszása esetén újabb szúrás válhat szükségessé.

Elmondták, hogy kivehető, mozgatható fogpótlásomat, foghidamat, protézisemet ki kell vennem a vizsgálat előtt, tájékoztatnom kell a vizsgálatot végző orvost ismert, korábbi gyógyszerérzékenységeimről, allergiáimról.

Elmondták, hogy az érzéstelenítéshez spray-t, és/vagy injekciót használnak, mely arra érzékenység esetén szívritmuszavart, szívmegállást, allergiás reakciót válthat ki; ezért megértettem, hogy amennyiben nálam ismert gyógyszerérzékenység, korábbi, ismert gyógyszerallergia áll fenn, különösen érzéstelenítő szerekkel szemben, úgy ezt a beavatkozás előtt az orvossal közölnöm kell.

Minden kérdésemre kielégítő választ kaptam, a felvilágosítás közérthető magyar nyelven, orvosi szakszavak használata nélkül történt.

Felvilágosítottak, hogy a beavatkozás előtt kivehető fogpótlás, szemüveg eltávolítása szükséges. Egyéb protézisek, pótlások eltávolítását, vagy a miattuk alkalmazandó kiegészítő gyógyszerelést kezelőorvosom határozza meg.

Megértettem, hogy a beavatkozás után, a beültetett kanül elmozdulásának megakadályozása érdekében fokozott ágynyugalomra van szükség, és csak az orvos, ill. ápolónő által engedélyezett mértékben szabad mozognom.

Megértettem, hogy a beavatkozáshoz saját akaratomból adott beleegyezésem szükséges, melyet ezen nyilatkozat aláírásával ezennel kifejezetten megadok.

Szombathely,.....

.....
Beteg/ Hozzáértő

.....
Orvos

Beteg születési ideje:.....

Lakcíme:.....