

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő) kijelentem, hogy dr. .... (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, ..... szül. idő, ..... rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztattott:

### ÉRRENDSZER ÉS EPEÚT INVAZÍV VIZSGÁLAT ÉS TERÁPIA

#### 1. A beavatkozás megnevezése:

#### 2. A beavatkozás célja:

- az érrendszer kóros elváltozásainak kimutatása
- beteg szervek vérrellátásának ábrázolása
- vérzések, térfoglaló folyamatok kimutatása
- máj, epeúti betegségek kimutatása
- kóros elváltozások percutan módszerekkel történő műtét értékű kezelése
- renális denervatio elvégzése malignus hipertonia kezelésére/renális denerváció/

#### 3. A beavatkozás menete, technikája:

Éhgyomorra, helyi érzéstelenítésben, szükség esetén aneszteziológiai felügyelet mellett, apró bőrmetszéssel keresztül speciális katéterek segítségével röntgen-kontrasztanyagot juttatunk be az érbe vagy az epeúti rendszerbe kóros állapotok kimutatására. A vizsgálat során felfedezett betegségek gyógyítására, műtét értékű beavatkozások elvégzésére is mód nyílhat, amennyiben a páciens szóbeli tájékoztatás után beleegyezik.

A vizsgálatot követően 24 óra szigorú ágynyugalom szükséges!

#### 4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

- a beavatkozás helyén vérzés – *ellátása esetenként műtėti beavatkozást igényel*
- kontrasztanyagok, gyógyszerek okozta túlérzékenységi reakció
- gyulladáshoz vezető folyamatok
- átmeneti vérnyomás esés
- embolisatio és szövődményei

A beavatkozás lényegesen kisebb kockázatot jelent a hagyományos műtėti beavatkozásoknál, de azok elvégzését a későbbiekben nem zárják ki. A szövődmények ellátása katéteres eszközökkel a későbbiekben kezelni lehet.

A beavatkozás után jelentkező panaszát kezelőorvosának azonnal jelezze!

#### 5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

életet, testi épséget veszélyeztető állapot kialakulása.

#### 6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

UH, CT angio, konzervatív terápia, műtét

#### 7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

#### 8. Egyénre szabott tájékoztatás:

Folytatás a túloldalon!

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

***beleegyzem és kérem \****

***nem egyezem bele és nem kérem \****

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyző nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyző nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.