

INVAZÍV BEAVATKOZÁS 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 tájékoztatott:

URODINÁMIÁS VIZSGÁLAT

- A vizsgálat célja:** A hólyag tárolási és ürülési zavarainak, beidegzésének vizsgálata. Az alsó húgyúti urodinamikai vizsgálatok a húgyhólyag és a húgycső-záróizomzat működésének műszeres vizsgálatát jelentik, segítik a tünetek mögött rejlő funkcionális zavarok felismerését, a kiváltó okok tisztázását, valamint a terápiás döntést.
- A vizsgálat menete, technikája:** A beavatkozás során a húgycsővön keresztül a hólyagba, valamint a végbélbe katéter kerül felhelyezésre. A vizsgálat előtt orvosom megbeszéli Önnel a kivitelezés részleteit. A komplex vizsgálat több részből áll:
 - *Uroflowmetria:* A vizsgálat során a húgycsövet időegység alatt elhagyó vizelet mennyiségéről, áramlási sebességéről kapunk információt.
 - *Cystomanometria*
 - *Nyomás-áramlás vizsgálat*
 - Az utóbbi két vizsgálat eljárást egymást követően, egy ülésben végzik. Az eljárás invazív beavatkozásnak minősül, a sterilitás szabályait figyelembe véve kell elvégezni.
 - Fekvő vagy kőmetsző pozícióban a húgycső és környékének nyálkahártya fertőtlenítővel történő dezinficiálása után diagnosztikus katéterezést követően a steril mérőkatétert a húgycsővön keresztül vezetik fel a hólyagba, majd a katéter distalis végét ragasztószalaggal a comb bőréhez rögzítik.
 - Ezt követően a rektális mérőkatétert helyezik fel, amit szintén a comb bőréhez rögzítenek.
 - A mérőkatéterek és elektródás felszerelését követően a vizsgálat személy átül egy speciális vizsgálószékre, majd a katétereket és mérőelektródákat csatlakoztatják az urodinamiás mérőegységhez, illetve töltőpumpához.
 - A hólyagot az urodinamiás mérőegységbe épített pumpa segítségével a hólyagkatéteren keresztül steril fiziológiás sóoldattal töltik, közben a vizsgált személy által jelzett vizelési ingereket regisztrálják, majd a megfelelő, egyénileg meghatározott folyadékmennyiség betöltését követően a töltést leállítják.
 - Ezt követően vizelésre szólítják fel a beteget, amelynek során a mérőkatéterek segítségével monitorozzák a nyomásviszonyokat, valamint uroflowméterrel rögzítik a vizelet áramlását és mennyiségét.
 - A vizsgálat végeztével a mérőkatétereket eltávolítják.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Láz, húgycsőégés, irritáció, hólyaggyulladás, férfiaknál prosztatata/heregyulladás, súlyos vérmérgezés, halálos szövődmény.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A vizsgálat eredményének hiányában a megfelelő kezelési stratégiáról szóló döntés meghozatala nehezített.

Folytatás a túloldalon!

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák: A vizsgálat által nyújtott információk másmilyen vizsgálóeljárással nem érhetőek el.

6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a vizsgálatba történő beleegyezésről. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerint elvégzett vizsgálat 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 kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott vizsgálóeljárások, kezelése elutasítására. Ez esetben a kivizsgálásom, kezelése 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 kénysertől 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.