

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő) kijelentem,
hogy (orvos/szakdolgozó neve) engem, illetve
hozzártatómat..... név,
..... szül. idő, rokonsági fok) az alábbi
beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

IN VITRO JELZETT FEHÉRVÉRSEJT SZCINTIGRÁFIA

- 1. A beavatkozás célja:** Gyulladásos folyamat kimutatása.
- 2. A vizsgálat menete, technikája:** A betegtől vett vért a fehérvérsejtek radioaktív izotóppal történő megjelölését követően intravénás injekció formájában visszajuttatjuk a keringésbe. A radioaktív izotóppal jelölt fehérvérsejtek a gyulladás helyén gyülekeznek, ezt használjuk fel a gyulladásos folyamat kimutatására. A sugárzást erre alkalmas eszközzel a testfelszínen mérjük. A beadást követően több órán keresztül ismételt felvételeket készítünk a szükséges testtájairól. A felvételek elkészítése alatt a beállított testhelyzetben nyugodtan kell feködni.
A vizsgálat egyetlen ellenjavallata a terhesség. Ezért kérjük nőbetegeinket, hogy a TERHESSÉGET MÉG A VIZSGÁLAT ELŐTT JELEZZÉK, ill., ha SZOPTAT, AZT IS KÖZÖLJE!
A vizsgálat utáni magatartás: Mindennapi életmódját folytathatja, csak az alábbi korlátozást vegye figyelembe: A környezetet érő felesleges sugárzás elkerülése érdekében az izotóp beadását követően (aznap) más vizsgálatra (labor, röntgen, stb.) ne menjen, és 24 óráig tartsa távol magát terhesektől, kisgyermekektől.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövödményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A radioaktív anyag nem rendelkezik mellékhatással. A vénás injekció során esetleg az ér sérülhet, de az anyag kijutása az érpályából nem okoz érdemleges károsodást. A vizsgálat bizonyos sugárterheléssel jár, de általánosságban megállapítható, hogy az izotópdiagnosztikai vizsgálatok sugárterhelése kisebb, mint a CT vizsgálatoké.
- 4. Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A kezelőorvosa által kért eljárás elmaradása akadályozza a diagnózis felállítását, ezáltal az optimális kezelési lehetőség megválasztását.
- 5. Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról kérdezze kezelőorvosát.**
- 6. A beavatkozással kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. Egyénre szabott betegtájékoztató:**

Folytatás a túloldalón!

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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 kezelése 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 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

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

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

Alulírott nyilatkozom továbbá arról, hogy

- tudomásul veszem és elfogadom a kórház tájékoztatóját az általános betegjogokról, a házirendről, valamint hogy a kórházi ellátásom során magamnál tartott érték- és személyes tárgyakért saját felelősséggel tartozom,
- állapotomról, betegségről a javasolt kivizsgálás, tervezett és lehetséges gyógykezelés szükségességéről, belátható kockázatáról, várható kockázatáról, várható következményeiről, mellékhatásairól, gyakoribb szövődményeiről részletes és kielégítő tájékoztatást kaptam és azt megértettem, kérdéseimre kielégítő, világos választ kaptam,
- ismertették velem a javasolt és más szóba jöhető vizsgálatok, kezelési eljárások szükségességét, előnyeit és hátrányait,
- az ellátással kapcsolatos betegdokumentációt, személyazonosító okmányaimat hiánytalanul megkaptam.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos/szakedolgozó aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

A vizsgálat várakozásideje alatt és a vizsgálat során (név)
..... (rokonsági fok) segítő jelenlétét kérem.

A vizsgálat várakozásideje alatt és a vizsgálat során gondozóként/segítőként a beteg mellett tartózkodom:

.....
gondozó/segítő aláírása

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