

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

PAJZSMIRIGY TÚLMŰKÖDÉS RADIOJÓD KEZELÉSE

- A beavatkozás célja:** A pajzsmirigy túlműködés megszüntetése.
- A kezelés menete, technikája:** Előzetes diagnosztikai vizsgálatokkal megállapítottuk, hogy mennyi radiojódot kell kapnia ahhoz, hogy a kezelés eredményes legyen. A kiszámított mennyiségű jódizotópot kapszula formájában kell lenyelnie. A pajzsmirigybe került radioaktív jód „megsugarazza” a mirigy sejtjeit. A sugárzás miatt károsodott sejtek a továbbiakban már nem tudnak olyan sok hormont termelni, sőt, idővel el is pusztulhatnak. A kezelés teljesen fájdalommentes.
(Részletes leírást lásd az előzetes megbeszélés során átvett **F-B-IZ-06**. Betegtájékoztatóban.)
- A radiojód kezelés ellenjavallatai:** Terhesség, szoptatás, vizelet-visszatartási képtelenség.
(Részletes leírást lásd az előzetes megbeszélés során átvett **F-B-IZ-06**. Betegtájékoztatóban.)
- A kezelés utáni magatartás:** A radiojód kapszula lenyelését követően 1 órán keresztül éhgyomorral kell maradnia. Ha a kapszula bevitelét követő néhány órán belül hányna, azonnal értesítse a kezelőszemélyzetet! A kezelés napján és másnap bő folyadékfogyasztás szükséges, ebben az időszakban a nyáelválasztás serkentése (pl. citrommal) is javasolt.
(Részletes leírást lásd az előzetes megbeszélés során átvett **F-B-IZ-06**. Betegtájékoztatóban.)
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A radiojód kezelés mellékhatásai az alkalmazott dózistól függenek. Korai szövődményként előfordulhat a pajzsmirigy gyulladása, valamint a kezelést követő napokban a pajzsmirigy túlműködés tüneteinek átmeneti súlyosbodása. Késői mellékhatásként csökkent pajzsmirigyműködés alakulhat ki (ez műtét után is felléphet), amely könnyen kezelhető állapot. Basedow-kóros betegek kezelését követően szemtünetek kialakulása, illetve a már meglévő szemtünetek rosszabbodása előfordulhat.
(Részletes leírást lásd az előzetes megbeszélés során átvett **F-B-IZ-06**. Betegtájékoztatóban.)
- Ezen kezelés elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyeiről** kezelőorvosától kaphat tájékoztatást.
- Más kezelési lehetőségekről, alternatívákról** kérdezze kezelőorvosát.
- A beavatkozással kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott betegtájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

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.

A F-B-IZ-06. számú betegtájékoztatót átvettem, annak tartalmát megértettem, a felmerült kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam.

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 kényszerből 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, betegségemről 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 aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

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