

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:

HASCSAPOLÁS

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Hasüregi folyadékkepződéssel összefüggő panaszok miatt elvégzett beavatkozás.
- A beavatkozás célja:** A folyadékkepződéssel járó hasüregi betegségek fulladást, mellkasi, hasi nyomásérzést, feszülést vagy fájdalmat okozhatnak. Hascsapolás során a folyadék eltávolítása a cél.
- A beavatkozás menete, technikája:** Általában hanyatt fekvő helyzetben történik. A fertőtlenítést a helyi érzéstelenítést követően az orvos egy csapoló tűt vezet a hasüregbe. A hasi folyadékgyülem egy része a gravitáció ill. közlekedő edények törvénye alapján fokozatosan távozik a hasüregből. A beavatkozás után a hasnak arra az oldalára kell fordulva kell legalább 1 órát tölteni, amelyiken a csapolás történt. Az első órákban előfordulhat a szűrés helyén hasi folyadék szivárgása, fájdalom.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A hascsapolás általában kevés kockázattal járó beavatkozás. Néha előfordulhat vérzés a hasfalban, hasúrban érsérülés következtében. Ritkán felléphetnek keringési zavarok (vérnyomásesés), a szomszédos szervek sérülése (pl. lép, máj, bél) ritkán idegsérülés, a hashártyaüreg fertőződése, ill. ezen keresztül szepszis (vérmérgezés).

Kezelés előtt figyelni kell: a kezelése napján nem dohányozhat. Amennyiben a beavatkozás előtt éhgyomorrra kell maradnia, erről a kezelőorvosa tájékoztatja.

Kezelés után figyelni kell: 2 óra ágynyugalom betartására, ezt követően a fizikai terhelés kerülése ajánlott.

Ha fájdalom, vagy más zavar fellépne (pl. fulladás, vérköpés, szédülés, hányinger) erről azonnal értesítse kezelőorvosát.

5. Fontos kérdések, melyeket gondosan meg kell válaszolnia orvosának:

Kérjük, karikázza be a megfelelő választ!

1.	Tud-e vérzékenységről? Előfordul-e gyakran orrvérzés? Jelentkeztek-e bőrvérzések, kék foltok a végtagokon?	Igen	Nem
2.	Részesül(t)-e alvadásgátló kezelésben? (pl. Aszpirin, Syncumar) Ha igen, melyik?	Igen	Nem
3.	Tud-e allergiáról (asztna, szénanátha) vagy túlérzékenységi reakciókról (pl. jód, kontrasztanyag, gyógyszer, helyi érzéstelenítő)? Ha igen, melyik:	Igen	Nem
4.	Tud-e akut szív, érrendszeri vagy tüdő megbetegedésről (pl. szívbillentyű megbetegedés, magas vérnyomás) Ha igen, melyik:	Igen	Nem
5.	Tud-e akut vagy krónikus fertőző betegségről? (pl. hepatitis, AIDS, stb.) Ha igen, melyik:	Igen	Nem
6.	Van-e akut vagy krónikus idegrendszeri betegsége? (pl. epilepszia, bénulás) Ha igen, melyik:	Igen	Nem
7.	Tud-e anyagcserezavarról? (pl. cukorbetegség) Ha igen:	Igen	Nem
8.	Egyéb fontosnak vélt közlendő:	Igen	Nem

Folytatás a túloldalon!

6. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

7. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

8. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

9. Egyénre szabott betegtájékoztató:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ 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

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

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

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

....., 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

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