

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, gyógyszeres kezeléséről, a következők szerint kellő mértékben és módon
tájékoztattam.

KRÓNIKUS HEPATITIS B* ÉS C* GYÓGYSZERES ANTIVIRÁLIS KEZELÉSE

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Krónikus hepatitis B* és C* gyógyszeres antivirális kezelése.
- A beavatkozás célja:** A Magyarországon is törzskönyvezett gyógyszeres kezelést (Viekirax/Exviera*, Ribavirin*, Harvoni*, Pegilált interferon*) kapja meg a beteg. A kezelés célja a hepatitis B vagy C vírusmentesség elérése. A kezelést a megelőzően elvégzett kivizsgálást követően, a Hepatitis Terápiás Bizottság és az OEP engedélyével lehet elkezdni.
- A beavatkozás menete, technikája:** Szájon át szedhető tabletták vagy injekciós készítmények alkalmazása.
- A kezelés esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** hányinger, hányás, bőrviszketés, rossz közérzet, fogyás, láz, vérkép eltérések.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** az idült májgyulladás előrehaladása, májsugor esetleg májrák kialakulás.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** jelenleg nem állnak rendelkezésre.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott betegtájékoztató:**

Folytatás a túloldalon!

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

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Vállalom, hogy a 12* / 24* / 48* hetes kezelés során kezelő orvosom utasításait betartom, a gyógyszereket pontosan szedem, az ellenőrző vizsgálatokon pontosan megjelenek, orvosomat minden fontosabb eseményről tájékoztatom. A tervezett gyógyszeres kezelés és állandó gyógyszereim közötti esetleges kölcsönhatásokat ellenőrizték.

Tudomásul veszem, hogy a diagnosztikus vizsgálatok kérése és a nagy értékű gyógyszerek rendelése kizárólag az Országos Hepatitis Regiszteren (HEPREG) keresztül történhet, ami szükségessé teszi a beteg adatainak – név, születési dátum, TAJ szám, lakhely, diagnózis és egyéb orvosi információk – tárolását és az adatok feldolgozását, szükség esetén más hepatológiai centrummal történő közlését. Mindez az orvosi titoktartás és adatvédelem szigorú betartásával történik.

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 kezeléseket 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 fentgyógyszeres kezelést.

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.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

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