



## ARGININ STIMULÁCIÓS PRÓBA ELVÉGZÉSÉNEK 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:

### 1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:

Arginin stimulációs próba

### 2. A beavatkozás célja:

Alacsonynövés esetén növekedési hormon hiány igazolására végzett endokrinológiai teszt.

### 3. A beavatkozás menete, technikája:

A vizsgálatot éhgyomri állapotban, vénás kanül behelyezése után folyamatos felügyelet mellett végezzük. A próba során 5 ml/kg arginin-HCl infúzió (10 gr/100 ml) beadására kerül sor. Az arginin vérszintjének emelkedése növekedési hormon szekréció fokozódást vált ki. Ennek nyomonkövetésére a behelyezett vénás kanülon keresztül vérvétel történik 0, 30, 60, 90 percben növekedési hormon meghatározásra.

### 4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

A teszt során hányinger jelentkezhet, ezért fontos a gyermek éhgyomri állapota és a beavatkozás során folyamatos felügyelete.

### 5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

Növekedési hormon hiány igazolása **kizárólag** stimulációs próbával lehetséges.

### 6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

Járóbeteg ellátás keretében az Arginin stimulációs próba végezhető el.

### 7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:



## ARGININ STIMULÁCIÓS PRÓBA BELEEGYZŐ 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 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

***beleegyzem és kérem \****

***nem egyezem bele és nem kérem \****

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől 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.