



**Inzulin-hypoglycaemia - próba
Inzulintolerancia teszt (ITT)
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:

Inzulin-hypoglycaemia – próba elvégzéséhez
Inzulintolerancia teszt (ITT) elvégzéséhez

2. A beavatkozás célja:

Alacsony növés esetén növekedési hormon hiány igazolására végzett endokrinológiai teszt.

3. A beavatkozás menete, technikája:

A vizsgálatot éhgyomri állapotban, vénás kanül behelyezése után szoros orvosi felügyelet mellett végezzük. A próba során 0,1E/kg i.v. adott gyors hatású inzulin beadását követően a kialakuló alacsony vércukorszint klinikai tüneteit fokozatosan figyeljük. 0, 15, 30, 45, 60, 90 percben ill. az ún. hypoglycaemia időpontjában történik a behelyezett vénás kanülon keresztül vérvétel vércukor, növekedési hormon és cortisol meghatározására. Fenti időpontokban ezzel párhuzamosan ujjbegyből történik vércukormérés. Alacsony vércukorszint < 2,6 mmol/l esetén a mindig készenlétben álló cukros tea, szőlőcukor, szükség esetén i.v. adott 10 % glükóz oldat alkalmazására kerül sor.

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

Veszélyes próba, ezért folyamatos nővéri és orvosi jelenlét elengedhetetlen.

A teszt során az előidézett alacsony vércukorszint következtében növekedési hormon, ill. cortisol emelkedés mértékét mérjük. A gyermek a próbát követően szabadon étkezik. Főétkezések előtt és után, lefekvés előtt ill. másnap reggel ujjbegyből történik vércukor meghatározás. Otthonába ezt követő orvosi vizit után bocsátható.

5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

Növekedési hormon hiány megerősítő igazolása ITT próbával lehetséges.

6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

Nemzetközi szakmai ajánlások szerint kizárólag fenti teszt elfogadott.

7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:



**Inzulin-hypoglycaemia – próba
Inzulintolerancia teszt (ITT)
BELEEGYZŐ NYILATKOZATA**

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezeléseik 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 kezeléseim 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 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.