



TÚLSÚLYOS GYERMEKEK OSZTÁLYOS KIVIZSGÁLÁSA 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:

Túlsúlyos gyermekek osztályos kivizsgálása

2. A beavatkozás célja:

Gyermekek túlsúly miatti kivizsgálása tervezetten 4 napos osztályos felvétel keretében történik.

3. A beavatkozás menete, technikája:

- Jelentkezés: Gyermek Ambulancia, Rendelő: 15.

- Időpont 2017. hónap nap 8 óra

- Érkezés napján a gyermek fogyaszthat reggelit. Az osztályon a gyermeknek 4 napot kell eltölteni. Ezekben a napokban vérvétel, gyógytorna, szemészeti vizsgálat, Hasi UH, dietetikus segítségével diétás tanácsadás illetve 24 órás vérnyomásmérő felhelyezésére kerül sor.

- A vérnyomásmérő készülékhez 4 db tartós ceruzaelemet kérnek!

1. nap:

- Szemészeti vizsgálat.

2. nap:

- Reggel vérvétel, ez éhgyomorra történik. Vércukorterheléskor egy kanült helyezünk a gyermek kezébe, innen vesszük le meghatározott időpontokban (0, 30, 60, 120, 180 perc) a szükséges vérmintákat.

- A vizsgálat kezdetén 1,5-2 dl szőlőcukor tartalmú vizet kell meginni.

- A három óráig tartó vizsgálat alatt a gyermek csak vizet fogyaszthat.

- A vizsgálat befejeztével energiaszegény ebédet kap a gyermek. a délelőtt folyamán gyógytorna.

2. nap éjjel:

- Mellékvese működés vizsgálata céljából egy alkalommal Dexamethason (szteroid tartalmú) port kell a gyermeknek meginni kevés folyadékkal.

3. nap:

- Vérvétel, Hasi UH, 24 órás vérnyomásmérő felhelyezése, diétás tanácsadás. Speciális esetekben előzetes tájékoztatást követően kiegészítő vizsgálatokra kerülhet sor.

4. nap:

- Távozás az osztályról.

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

Kanül nem megfelelő működése, ájulás, rosszullet.

5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

Nem kerül felismerésre a magas vércukorszint, magas vérnyomás vagy hormonális eltérések.



6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

A túlsúly optimális, komplex kivizsgálása fenti szempontok alapján biztosított.

7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

**TÚLSÚLYOS GYERMEKEK OSZTÁLYOS KIVIZSGÁLÁSA
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 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.