

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

KOSZORÚÉRFESTÉS

- 1. A beavatkozás célja:** A szívet ellátó koszorúerek sugárfogó kontrasztanyagossal feltöltése, szívbe vezetett katéter segítségével a célból, hogy az esetleges szűkületeket ábrázolni lehessen. A vizsgálat akkor indokolt, ha panaszok és/vagy megfelelő vizsgálatok alapján érszűkületes eredetű vérellátási zavar áll fenn, melynek szívsebészeti vagy szívkatéteres megoldása remélhető.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Helyi érzéstelenítésben a comb vagy a kar verőér punkciójával szívkatétert vezetnek fel a főverőér kezdetéhez, ahonnan a koszorúerek leágaznak. A szívkatétert külön-külön a jobb és a bal coronaria kezdeti szakaszába vezetik, az éret kontrasztanyag befecskendezésével röntgenfilm számára láthatóvá teszik.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A katéter felvezetése során vérzés vagy érsérülés előfordulhat, továbbá teljes mértékben nem zárható ki thrombembolia és fertőzés kialakulása sem. Ezen szövődmények jelentkezése a kellő körültekintéssel végzett beavatkozással gyakorlatilag elkerülhető. Amennyiben mégis előfordulna, elhárításuk, illetve megoldásuk eszközei és lehetőségei biztosítottak. A kontrasztanyag-befecskendezés alatt allergiás reakció, ritmuszavar, valamint anginás fájdalom előfordulhat, melynek megszüntetésére a vizsgálok felkészültek.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A beavatkozással nyerhető információk hiánya a betegség kezelését, a beteg további sorsának alakulását alapvetően meghatározza.
- 5. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 6. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Tekintettel arra, hogy a vizsgálatok túlnyomó többségét az alkar ütőérén végezzük, emiatt az esetleges koszorúér tágitás egy ülésben történő elvégzésének jogi akadályát jelentheti, hogy a beteg a koszorúérfestés után a sterilitás miatt nem tudja aláírni a beleegyező nyilatkozatot. Emiatt a koszorúér tágitás beleegyező nyilatkozatát is magában foglaló beleegyezést kérünk a betegtől. A koszorúér tágitást az érfestés után természetesen csak akkor végezzük el, ha azt szükségesnek találjuk. A koszorúérfestés elvégzése után annak eredményéről, a tágitás szükségességéről szóban tájékoztatjuk a beteget és szóbeli beleegyezése után végezzük a koszorúér tágitását.

Folytatás a túloldalon!

KOSZORÚÉR TÁGÍTÁS

- 1. A beavatkozás célja:** Megelőzően koszorús ér töltéssel vizsgálatot kimutatott szűkület szívkatéteres feltágítása akkor, ha ennek a szakma által szabályozott lehetőségei fennállnak.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Helyi érzéstelenítésben a kar vagy comb verőér punkciójával szívkatétert vezetnek fel a főverőér kezdetéhez, ahonnan a koszorúerek leágaznak. A szívkatétert a szűkület magasságáig az érintett koszorúérbe vezetik, ott a katéteren lévő ballon nagy nyomással történő felfújásával a szűkületet feltágítani igyekeznek. Amennyiben ez indokolt, a szűkület helyére egy fémhálót ültetnek be, mely az ér nyitva tartását szolgálja.
- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A katéter felvezetése során vérzés vagy érsérülés előfordulhat, továbbá teljes mértékben nem zárható ki thrombembolia és fertőzés kialakulása sem. Ritkán szövődményként előfordulhat a tágitott ér sérülése. Ezen szövődmények jelentkezése a kellő körülményekkel végzett beavatkozással, nagy valószínűséggel elkerülhető. Amennyiben mégis előfordulna, elhárításuk, illetve megoldásuk eszközei és lehetőségei biztosítottak. A koszorúér sérülése esetén sürgős műtéti beavatkozás válhat szükségessé, emiatt ezt a vizsgálatot elérhető szívsebészeti háttér mellett végzik. A kontrasztanyag az eleve veseelégtelenségben szenvedő betegek veseműködését ronthatja.
- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A beavatkozással a koszorúér szűkület általában megszüntethető, az érintett szívizomrészek véráramlása megjavul és ezzel szívsebészeti beavatkozás (koszorúér áthidaló műtét) elkerülhető. A beavatkozással a szívizom vérellátása koszorúérműtéttel azonos mértékben javítható. Ezen beavatkozás számos feltétel együttes megléte esetén képes helyettesíteni a műtétet. A döntést csak a koszorúerek állapotának ismeretében lehet meghozni.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Koszorúér műtét.
- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a következő lapon!

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 kezeléseket 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.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

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