

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.

ÁLLANDÓ SZÍVRITMUS SZABÁLYOZÓ (PACEMAKER)

- 1. A beavatkozás célja:** A pacemaker, más néven szívritmus szabályozó készülék elsősorban a túl lassú szívverés gyógyítására, avagy jellemzően bal Tawara-szár blokk mellett krónikus szívelégtelenség tüneteinek mérséklésére, illetve a pumpafunkció javítására szolgáló eszköz.
- 2. A vizsgálat menete, technikája:**

Pacemaker beültetés: A beavatkozás kisebb műtéttel jár, mely a túl lassú szívverés gyógyítására szolgáló eszközök beültetése esetén általában egy óránál rövidebb ideig tart és minden esetben antibiotikum profilaxist is alkalmazunk. A bal vagy jobb kulcscsont alatti terület helyi érzéstelenítése után ebben a régióban ejtett kb. 5 cm-es bőrmetszéssel keresztül az orvos bevezeti egy vénán keresztül a szükséges elektródákat a szívbe. Az elektródák pozícionálása röntgenátvilágítás mellett történik. A megfelelő hely kiválasztása után az orvos rögzíti és csatlakoztatja azokat a pacemakerhez. Ezt követően az orvos elhelyezi a pacemakert a bőrmetszés régiójában a mellizom fölött a bőr alatt elkészített kis zsebben, és összevarrja a sebet.

Pacemaker csere: A pacemaker telep lemerülése esetén annak cseréje indokolt. A telep merülését, töltöttségi szintjét pontosan jelzi a készülék, ezért a pacemaker kontrollok során ez jól követhető, a kimerülés közeledtével a csere időpontja előre tervezhető. A korábbi seb mellett azzal általában párhuzamosan helyi érzéstelenítést követően az orvos kb. 5 cm-es metszést ejt és kiveszi a korábban beültetett pacemaker telepet. A csere során ellenőrzi, hogy hibátlanul működnek-e a korábban beültetett elektródák, majd csatlakoztatja az új pacemaker telepet, ellenőrzi annak működését, elhelyezi a zsebben és összevarrja a sebet. Csak hibás elektróda működés esetén merül fel az elektróda csere.
- 3. A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Mint minden orvosi beavatkozásnak, a pacemaker rendszer beültetésnek is lehetnek szövődményei: (pl. sebfertőzés, feltárást igénylő vérzés, elektróda kimozdulás, beavatkozás utáni vénaelzáródás, programozással befolyásolható izom, ill. idegingerlés, kulcscsont alatti véna szúrása esetén légmell, halál. A multirezisztens kórokozókkal történő kolonizáció/ fertőzés a betegellátás, kórházi kezelés során nem zárható ki.
- 4. Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Halálos kimenetelű szívritmuszavar, keringési elégtelenség, mely halálhoz vezethet.
- 5. Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról:**
- 6. A vizsgálatlal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 7. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) 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 kezelések 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

*beleegyzem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből 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.