



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat - Katéteres érfestés (invazív, diagnosztikus digitális szubtrakciós angiográfia) vizsgálatához

Kedves Betegünk!

Jelen tájékoztatóval az a célunk, hogy röviden ismertessük betegségére lényegét, tájékoztassuk a beavatkozásról, a lehetséges kockázatokról és szövődményekről. A kezelőorvos Önnek személyre szabott, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, lehetőséget biztosítva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére.

A betegség megnevezése, rövid ismertetése

Jelen kórházi kezelésére a koponyán vagy gerincen belül, illetve az arcon, a fej-nyaki régióban lévő, egyéb vizsgálatokkal már igazolt, illetve más módon még nem igazolt verőér vagy visszér (artériás vagy vénás) rendszer rendellenességei miatt kerül sor.

A beavatkozás célja

Az érrendellenességek igazolásához, illetve a más módon (például CT, MR, ultrahang vizsgálat) már igazolt rendellenességek pontosításához a jelenleg rendelkezésre álló legpontosabb vizsgálati eljárás az érbe helyezett katéter segítségével, jódtartalmú kontrasztanyag röntgen átvilágítás melletti érbe injektálásával végzett érfestés (angiográfia).

A vizsgálat eredménye nélkülözhetetlen a diagnózis felállításához, illetve a további kezelési terv meghatározásához.

A beavatkozás menete, rövid leírása

A vizsgálat helyi érzéstelenítésben, röntgenátvilágítás mellett történik. A csuklóban, illetve a könyökhajlatban futó (arteria radialis, arteria brachialis) vagy a lágyéki verőéren (arteria femoralis) keresztül katétert vezetünk az érrendellenességnek megfelelő verőérbe, majd a katéteren keresztül jódtartalmú kontrasztanyagot injektálunk az érbe és a kontrasztanyag érrendszeren való végig haladását speciális röntgenfelvételi eljárással (digitális szubtrakciós angiográfia, DSA) ábrázoljuk és rögzítjük. Szükség esetén az érrendszer háromdimenziós leképezését is el tudjuk végezni (rotációs angiográfia).

A vizsgálat végeztével a csukló, könyök, illetve lágyéki verőérbe helyezett katétert eltávolítjuk, szükség esetén a lágyéki artériában speciális érzáró eszközt alkalmazunk, majd nyomókötetést helyezünk fel.

A beavatkozás lehetséges előnye

Pontosabb képet ad az idegrendszeri érrendszert illetően, mint az MRI vagy CT vizsgálat.

A beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei

Nem lesz megfelelő pontos diagnózis.

A beavatkozás ellenjavallatai

Kontrasztanyag érzékenység.



A beavatkozás helyett alkalmazható egyéb gyógymódok CT vagy MRI érfestéses vizsgálat.

A beavatkozás lehetséges kockázatai

A vizsgálat során esetlegesen fellépő komplikációk

- allergiás reakció a kontrasztanyagra, gyógyszerekre
- végtagbénulás, fél test érzészavar, arcidegbénulás, mely tartós arc aszimmetriához vezethet
- beszédzavar
- látótérkiesés, látásgyengülés, egy- vagy kétoldali teljes vakság
- agyvérzés, illetve agyi érelzáródás mely tartós bénuláshoz, kómához, illetve halálhoz is vezethet
- a behatolás helyén, illetve a koponyaűrben vérömleny keletkezhet, mely további műtéti beavatkozásokat vonhat maga után
- a behatolás helyén kialakuló vérzés súlyos esetben a végtag elvesztésével, illetve halált okozó vérzéssel járhat
- ideiglenes hajhullás

A beavatkozás tervezett időpontja:

A beteg kérdései

.....
.....
.....
.....

Az orvos megjegyzései

(A beteg személyes, egyéni műtéti kockázatai, a beteg kérdéseire adott válaszok)

.....
.....
.....
.....
.....

Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Ön a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja, a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Amennyiben a beavatkozás során annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás kiterjesztése csak akkor végezhető el, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a beavatkozás kiterjesztése a beteg valamely szervének vagy testrészének elvesztéséhez



vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – az abba történő beleegyezés hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

Beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:

TAJ szám:

Születési hely, idő:.....

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):

.....
.....
.....

Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa:

Cselekvőképtelen állapotú személy esetében Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerinti helyettes döntéshozó a beavatkozásba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.

1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): a koponyán belüli, gerincben, az arc és a fej-nyaki régió verőereinek és/vagy visszereinek elváltozásai

2. Tervezett beavatkozás megnevezése: katéteres érfestés (invazív, diagnosztikus digitális szubtrakciós angiográfia)

3. Tájékoztatót végző orvos neve:

A szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt beavatkozással, a beavatkozás céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatást nyújtó orvostól kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a beavatkozásba.



A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden kényszerből mentesen **beleegyezem, hogy a beavatkozást elvégezzék.**

Kérjük beleegyezését ahhoz, hogy a tervezett vizsgálatot Önön, illetve hozzátartozóján elvégezhessük, valamint a vizsgálat közben annak tervét módosíthassuk a szükségleteknek, illetve Ön/Hozzátartozója érdekének megfelelően, mivel váratlan helyzetekben a talált elváltozások ezt indokolhatják. Ezekben az esetekben a vizsgálat felfüggesztése, a kiterjesztés elhalasztása az Ön/hozzátartozója számára jelentene káros megterhelést, és a későbbiekben újabb beavatkozást tenne szükségessé.

Kelt:, 20..... hó nap

.....
tájékoztatót végző orvos
aláírása és pecsétje

.....
beteg/törvényes képviselő/helyettes döntéshozó
aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

név

.....

lakcím

.....

aláírás

.....

A műtét hosszú távú következményeire tekintettel,
(hozzátartozó neve), mint a beteg hozzátartozója a javasolt beavatkozásról szóló szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem.

.....
hozzátartozó aláírása

A beteg cselekvőképtelen állapota és/vagy a hozzátartozó személyes jelenlétének hiányában a beteg aktuális állapotáról és a javasolt műtéti beavatkozásról szóló tájékoztatást a hozzátartozó részére telefonon (hozzátartozó neve és telefonos elérhetősége:) adtuk meg.

.....
tájékoztatót végző orvos aláírása és pecsétje