

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Szívritmushelyreállítás beavatkozás (elektromos cardioversio) altatásban

Beavatkozás tervezett időpontja: 20..... év.....hó.....nap

Kedves Betegünk! Kedves Szülők!

A javasolt beavatkozáshoz/vizsgálathoz/műtéthez szükséges az ön beleegyezése, hogy megfelelőképpen határozhasson, ebben az írásos tájékoztatóban, valamint későbbi felvilágosító beszélgetésben szeretnénk informálni

- a betegségről,
- az ajánlott kezelés módjáról, jelentőségéről, esetleges kockázatairól és hátrányos következményeiről.

A betegségről:

Megállapítottuk, hogy Önnek szívritmuszavara van, mely abból áll, hogy a rendes sinus ritmus helyett szabálytalan pitvarfibrilláció áll fent. A rendetlen szív működés nagyon gyors is lehet, kellemetlen érzést válthat ki, keringése tovább romolhat, ezért célszerű a ritmuszavart megszüntetni elektromos beavatkozással. Lényeges a néhány perces injekcióval történő altatás (az altatást csak aneszteziológus orvos végezheti).

A beavatkozásról:

Altatásban egy erre a célra kialakított időben szinkronizált elektromos készülékkel a mellkasfalra egy vagy több elektromos ütet adunk le, mely megszünteti a ritmuszavart és a rendes ritmus helyreáll.

Mivel keringése rendes ritmusban kb. 25-30%-kal jobb, így javasoljuk ezt a beavatkozást Önnek.

Figyelmét azonban felhívjuk a veszélyekre, melyek igen ritkán bekövetkezhetnek ennél a beavatkozásnál. Például a **szív nem reagál az elektromos ütésre, a szívritmus súlyosbodhat, igen-igen ritkán szív megállás** léphet fel. Ezeknek a súlyos szövődményeknek az elhárításához is osztályunkon meg vannak a személyi és tárgyi feltételei.

Véleményünk az, hogy Önnek ezeknek a szövődményeknek a fellépése igen csekély.

A kezelés várható haszna a szív működés rendeződése sokkal nagyobb előnnyel jár, mint esetleges veszélye.

További felmerülő kérdések:

A műtéti felvilágosítás során minden Önt érintő kérdést, amire addig nem kapott választ tegyen fel orvosának! Pl.:

Mennyire szükséges és sürgős a műtét?

Fennáll-e valamilyen személy szerint Önt érintő szövődmény veszélye?

Milyen előzetes vizsgálatok szükségesek még a műtéthez? Ezek milyen szövődményekkel járhatnak?

Meddig tart előreláthatólag az intézeti kezelés?

A tájékoztatást követően a beteg által feltett kérdések:

.....

.....

.....

.....

.....

Orvosi feljegyzések a felvilágosítás során:

(Pl.: egyéni kockázatok és lehetséges további szövődmények, esetleges kiegészítő beavatkozások és azok kockázatai, mellékhatása, a beleegyezés korlátozása és ebből adódó esetleges hátrányok)

.....

.....

.....

.....

.....

Felvilágosítást és beavatkozást végző orvos neve:

.....

orvos aláírása

Ph

Név:

Születési idő: év hó nap

Anyja neve:

Lakcím:

TAJ-szám: - -

BETEGNYILATKOZAT - beleegyező

Eloolvastam a klinikai vizsgálatokról és a műtéteimről szóló leírást. A kezelőorvos számomra érthető módon szóban el is magyarázta azt, illetve a feltett kérdéseimre kielégítő választ adott. Megértettem, hogy részvételem önkéntes. Elég információt kaptam a vizsgálat és a műtétek céljáról, módszeréről, kockázatáról és előnyeiről ahhoz, hogy meg tudjam ítélni a megajánlott vizsgálatot, műtétet. Megértettem, hogy részvételemet a kezelésben bármikor visszautasíthatom. Tudomásomra hozták azt is, hogy ez további orvosi ellátásomat nem fogja hátrányosan befolyásolni, de azt is vállalom, hogy az ebből származó kóros állapotromlásért mindenben én felelek.

Aláírással igazolom, hogy beleegyezem a vizsgálatba, műtétbe való részvételbe és hogy aláírtam a beleegyező nyilatkozat egy példányát.

Orvosaim elől semmiféle tartós orvosi-, ideggyógyászati-, pszichiátriai betegségeimet, kezeléseimet nem hallgattam el. Nyilatkozatomat tiszta tudattal, befolyásmentesen, szabad akaratomból tettem, saját érdekem és egészségem megőrzése érdekében.

Orosháza, 20.....évhó nap

.....

beteg aláírása

Tanúk:

1.

.....

aláírás

2.

.....

aláírás

.....

lakcím

.....

lakcím

Név:

Születési idő: év hó nap

Anyja neve:

Lakcím:

TAJ-szám: - -

BETEGNYILATKOZAT – elutasító

Alulírott kijelentem és aláírással igazolom, hogy a javasolt, illetve szükséges KÓRHÁZI FEVÉTELBE, VIZSGÁLATBA, MŰTÉTBE a kellő orvosi felvilágosítás ellenére NEM EGYEZEM BELE, saját felelősségemre a mai napon otthonomba távozom.

Eloolvastam a klinikai vizsgálatokról és a műtéteimről szóló leírást, a betegségeimre vonatkozó vizsgálatok eredményét. Elég információt kaptam a kórházi felvétel, vizsgálat, a műtétek céljáról, módszeréről, kockázatáról és előnyeiről ahhoz, hogy meg tudjam ítélni a visszautasítás következményeit. Betegségem természetével és a visszautasításból származó szövődésekkel, az egészségi állapotom károsodásával tisztában vagyok. Módomban állt a fent említettekkel kapcsolatban további kérdéseket feltenni. Ezzel a lehetőséggel éltem, kérdéseimre részletes, kielégítő választ kaptam, azt megértettem, tudomásul vettem. További kérdést nem tettem fel. A visszautasításból származó állapotromlását mindenben én felelek.

Nyilatkozatomat tiszta tudattal, befolyásmentesen, szabad akaratomból tettem.

Orosháza, 20.....évhó nap

.....

beteg aláírása

Tanúk:

1.

.....

aláírás

2.

.....

aláírás

.....

lakcím

.....

lakcím