

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Transoesophagialis echocardiographia

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 vizsgálatról:

A vizsgálattal kimutatható a szíven belüli embóliaforrás, inf. Endocarditis, műbillentyű dysfunctio és aorta dissectio.

A vizsgálat pontos előkészítést igényel. A betegnek éhgyomorra kell maradnia, a vizsgálat előtt legalább 6 órával enni, inni már nem szabad, de gyógyszereit kora reggel beveheti.

A vizsgálat első lépése a beleegyező nyilatkozat aláírása, majd a kivehető műfogor eltávolítása, valamint az esetleg gyógyszerérzékenység kikérdezése.

A vizsgálóágyon való elhelyezkedés után (hasonlóképpen a TTE vizsgálatnál) pulzoximétert helyezünk fel az ujjra, majd megtörténik a garat érzéstelenítése (Lidocain spray).

A vizsgálóeszköz lejtutása a nyelőcsővön keresztül (hasonlóan a gyomortükrözéses vizsgálathoz) történik.

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 aláírásommal 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 betegségemre 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 szövődeményekkel, 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