

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Sonocystographia (húgyhólyag és húgyutak kontrasztanyag vizsgálata) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEZ, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-GYO-03 Verziószám: 1
---	---

Betegadatok

Beteg neve: #!NEV;	TAJ szám: #!TAJ;
Anyja neve: #!BANYJANEVE;	Születési idő: #!SZULIDO;

Cselekvőképтелenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):

Rokonsági foka :

- | | |
|---|---|
| a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában | c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképес |
| b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképес | ca) gyermeke, ennek hiányában |
| ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában | cb) szülője, ennek hiányában |
| bb) gyermeke, ennek hiányában | cc) testvére, ennek hiányában |
| bc) szülője, ennek hiányában | cd) nagyszülője, ennek hiányában |
| bd) testvére, ennek hiányában | ce) unokája |
| be) unokája | |

Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

Beavatkozás megnevezése:

A húgyhólyag és a húgyvezetékek láthatóvá tétele. Ezáltal tájékozódunk az esetleges kóros elváltozásokról.

Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:

Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja

A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:

A vizsgálat elmaradása hátráltatja a pontos diagnózist felállítását. A sonocystographia röntgensugár terhelés nélkül ad felvilágosítást egyes húgyúti betegségekről, elsősorban a vesico-ureterális reflux (VUR) kimutatására használjuk. Nem kimutatott VUR ismételt húgyúti fertőzésekhez illetve vesekárosodáshoz vezethet. A vizsgálat egyetlen kellemetlen velejárója, hogy a hólyag katéterezését ugyanúgy el kell végezni, mint a hagyományos cystographiánál.

Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Hagyományos rtg. cystographia, hasonló metóduddal, csak ionizáló (röntgen) sugár felhasználásával jutunk diagnózishoz. Izotóp cystographia, ugyan a rtg. vizsgálatnál kisebb sugárterheléssel jár, de ugyancsak ionizáló sugárt használó képalkotás, aminek az anatómiai felbontóképessége messze elmarad a többi vizsgálatához képest.

Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A húgycsövön bevezetett katéteren keresztül töltjük fel a húgyhólyagot kontrasztanyaggal . Ultrahang vizsgálatot végzünk a hólyag feltöltése előtt, alatt és után, majd a katétert eltávolítva vizeletürítés (mictio) közben is. Mivel néhány esetben reflux csak vizeletürítés során jelentkezik, alkalmanként a vizsgálat hosszabb ideig (a vizeletürítésig) tarthat.

A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szűnő panaszok:

A vizsgálat előtt a hólyagkatéter felvezetése kellemetlen, de veszélytelen beavatkozás.

A beavatkozás lehetséges szövödményei és azok kezelése:

A hólyagba adott SonoVue kontrasztanyag mellékhatásáról egyetlen közlemény sem számolt még be a módszer 1996-os leírása óta. A hólyagkatéter szövödménye ritkán húgyúti fertőzés lehet, aminek az elkerülésére a steril katétert steril körülmények között vezetjük fel. Ha húgyúti fertőzés alakul ki, az antibiotikummal gyógyítható.

A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Sonocystographia (húgyhólyag és húgyutak kontrasztanyag vizsgálata) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-GYO-03 Verziószám: 1
--	---	---

A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

.....

Tudomásul veszem, hogy a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót

Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

1. A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Zalaegerszeg,

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje személy beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
---	---

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
1. tanú (név, lakcím)

.....
2. tanú (név, lakcím)

2. Beavatkozás visszautasítása:
A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
Sonocystographia (húgyhólyag és húgyutak kontrasztanyag
vizsgálata) végzéséhez
ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE;
8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500

BNY-ZMK-GYO-03
Verziószám: 1

írásképtelenség esetén, együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

Figyelmeztetés! Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Zalaegerszeg,

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
--	---

személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
1. tanú (név, lakcím)

.....
2. tanú (név, lakcím)

3. Tájékoztatásról való lemondás:

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

Zalaegerszeg,

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
--	---

személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
1. tanú (név, lakcím)

.....
2. tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!