



## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CITOSZTATIKUS KEZELÉSHEZ

Beteg neve: ..... Taj: .....

Születési hely: ..... Születési idő: .....

Lakcím, ahol tartózkodik: .....

Tel.: .....

Háziorvosának neve és elérhetősége: .....

Kedves Betegünk!

Az Ön betegségének .....(betegség megnevezése magyarul: ....., ) úgynevezett daganat ellenes gyógyszeres kezelést szükséges végezni, amit kemoterápiának, vagy citosztatikus (sejtosztódást gátló) kezelésnek neveznek. A kezelésről egy orvosokból álló munkacsoport döntött azért, hogy egészségi állapotában javulás következzen be.

A kezelés várható mellékhatásai:

- A kezelés következtében a fehérvérsejtszám és a vérlemezkesszám a normális szint alá csökkenhet, ezért ennek meghatározott időben való ellenőrzése az orvos utasítása alapján szükséges. Ezen értékek kritikus szint alá csökkenése esetén rendelkezésre áll olyan gyógyszer, amely az élettani szintet visszaállítja.
- Hajhullás a kezeléseknél döntő többségében előfordul, amely a haj teljes, vagy foltos kihullásához vezet. A citosztatikus kezeléseknél befejezése után azonban a haj eredeti minőségében visszanő. Amennyiben igényli, az Ön részére paróka jár.
- A kezeléseknél többségében hányinger, hányás előfordulhat, azonban már jó hatásfokkal tudják ezeket a mellékhatásokat csökkenteni, illetve megszüntetni.
- Előfordulhat, bár ritkábban, bélműködési zavar, ami bélrenyheséggel vagy fokozott bélműködéssel jár.
- Előfordulhat az alkalmazott gyógyszerekre való túlérzékenység.
- Nőknél menstruációs zavarok kialakulása.
- Bizonyos citosztatikumok idegrendszeri, vese vagy szívizom-károsító hatással rendelkeznek, ezek a mellékhatások azonban viszonylag ritkán fordulnak elő, megfelelő kezeléssel javíthatók.

A kezelés idejére kezelőorvosa véleménye alapján, javasolt befeküdni az osztályra.

A kezelés elmaradása állapota romlását, a daganat elhatalmasodását okozhatja, mely idővel halált okoz.

A lehetséges mellékhatások között felsorolt esetlegesen kialakuló vérszegénység mértéke csökkenthető, ha vasban gazdagabb ételeket fogyaszt (vörös húsok, máj, paraj, ribizli, stb.)

A fentiekkel kapcsolatban lehetőségem volt kérdéseket feltenni, és azokra kielégítő választ kaptam.

**Alternatíva:**

A gyógykezelés alternatívája egy másik, feltételezhetően kevésbé hatékony kezelés.  
A kezelés elmaradása az állapota rosszabbodásához vezethet.

**Nyilatkozat:**

Nyilatkozom, hogy a kezelőorvos tájékoztatása és a jelen beleegyező nyilatkozat aláírása előtt a gyógykezeléssel kapcsolatban lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra kielégítő választ kaptam.

Tudomásom van arról, hogy jogom van a felajánlott kezelés visszautasítására, amely esetben, ha okozati összefüggés mutatható ki a kezelés elmaradása és az egészségi állapotom esetleges romlása között, kezelőim felelőssége nem állapítható meg.

**A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kezelést/vizsgálatot elfogadom.**

Budapest, .....

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

A tájékoztatóban leírtakat megértettem a kezelést/vizsgálatot visszautasítom, a kezelés/ vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele.

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

Dátum:.....

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét