



ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZET

Levélcím: 1121, Budapest Korányi Frigyes út 1.

TEL: 06 1 391-3200, FAX: 200-7060, E-MAIL: info@koranyi.hu

Hivatali kapu név: OKPI KRID azonosító: 454660340

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZÍVBUROKCSAPOLÁSBA

Beteg neve: TAJ:
Születési hely: Születési idő:
Lakcím, ahol tartózkodik:
.....
Tel.:
Kezelőorvosának neve és elérhetősége:
.....
.....

Kedves Betegünk!

Az eljárás célja:

A szívburokban felszaporodott folyadék a szív munkáját akadályozza, a vér beáramlását gátolja. Ez a folyamat előrehaladott állapotban az életet is veszélyeztetheti. A szívburokba vezetett katéter segítségével ez a folyadék műtét nélkül is eltávolítható.

Az eljárás menete:

Szívultrahang vizsgálat segítségével meggyőződünk arról, hogy a szívburokban levő folyadék műtét nélkül, katéteren keresztül lebocsátható. Kiválasztjuk a szúrásra legalkalmasabb helyet majd helyi érzéstelenítőt adunk. Ha a terület megfelelően érzéstelen, nagyobb tűn keresztül (ún. Seldinger- technikával, vagyis vezetődrót segítségével) katétert vezetünk a szívburokba. A folyadék leszívása után még további kb. 24 óráig a katétert bennhagyjuk és esetleg folyamatos szívást alkalmazunk. Így a még bennmaradó, máshol elhelyezkedő vagy újra képződő folyadék is leszívható.

Lehetséges leggyakoribb szövődmények:

Mint minden invazív eljárásnak, így a szívburok-csapolásnak is vannak kockázatai, melyekről orvosa részletes tájékoztatást ad a beleegyző nyilatkozat aláírása előtt.

A tú beszúrásakor megsérülhet a tüdő vagy a szív. A hely megfelelő kiválasztása esetén ez nem szokott előfordulni. A beavatkozás életmentő jelentőségéhez képest ennek kockázata csekély. Ha mégis bekövetkezne, orvosai felkészültek a szövődmény ellátására is.

Lehetséges kockázatok a következők:

- szívroham
- összeesett tüdő
- szívritmuszavar
- vérzés
- fertőzés
- szívizomzat sérülése

Alternatív beavatkozás: NINCS

Nyilatkozat:

Nyilatkozom, hogy a kezelőorvos tájékoztatása és a jelen beleegyző nyilatkozat aláírása előtt a gyógykezeléssel / vizsgálattal 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.

Kifejezetten hozzájárulok jelen nyilatkozatban rögzített személyes adataim, illetve a beleegyezéssel érintett beavatkozás kapcsán szükséges egészségügyi adataim Országos Korányi Pulmonológiai Intézet (OKPI, székhely: H-1121 Budapest, Korányi Frigyes út 1., e-mail cím: adatvedelem@koranyi.hu, képviseli: Dr. Bogos Krisztina főigazgató, adatvédelmi tisztviselő neve és elérhetőségei: Dr. Bölcskei Krisztián, postai úton elérhető az adatkezelő székhelyén, e-mail-ben az adatvedelem@koranyi.hu e-mail címre küldött e-mail útján) által a beavatkozáshoz történő hozzájárulás dokumentálása, és a beavatkozáshoz történő felhasználás céljából, az egészségügyi dokumentáció megőrzésének időtartamában történő kezeléséhez. Tájékoztattak arról, hogy jogomban áll személyes adataimhoz hozzáférni, azok helyesbítését, törlését kérelmezni, illetve tudomásul veszem, hogy jogomban áll személyes adataim kezelésével kapcsolatban tiltakozással, korlátozással élni, a megadott hozzájárulást bármikor visszavonni, adathordozhatóság jogával élni. Joggyakorlással az adatkezelő OKPI, vagy az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségére küldött kérelemmel élhetek, valamint panasszal fordulhatok a hatósághoz (NAIH, naih.hu, ugyfelszolgalat@naih.hu) és ha megítélésem szerint megsértették jogaimat, fordulhatok a lakóhelyem szerint illetékes törvényszékhez is.

Tájékoztatót kaptam arról, hogy amennyiben a fenti adatkezelési hozzájárulásomat nem kívánom megadni, úgy a fenti beavatkozást nem lehet elvégezni, azonban ha életmentő beavatkozásra¹ vagy életfenntartó beavatkozásra² kerül sor, úgy adataim kezelésének jogalapja az OKPI közfeladatának ellátása (GDPR 6. cikk (1) e) pontja), továbbá a GDPR 9. cikk (2) bek. c) pontja szerinti létfontosságú érdek lesz.

A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kezelést/vizsgálatot elfogadom.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
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. :
.....
.....

Budapest,év.....hó.....nap

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

¹ Sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység az 1997. évi CLIV. tv. 3. § n) pontja alapján

² A beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység az 1997. évi CLIV. tv. 3. § o) pontja alapján