



ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZET  
Központi Aneszteziológiai és Terápiás Osztály  
Levél cím: 1121, Budapest, Korányi Frigyes út 1.  
TEL: 06 1 391-3200, FAX: 200-7060 E-MAIL: [intenziv@koranyi.hu](mailto:intenziv@koranyi.hu)  
Hivatali kapu név: OKPI KRID azonosító:454660340

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CENTRÁLIS VÉNA SZÚRÁSÁHOZ

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

Tervezett beavatkozás: centrális véna szúrása.

A beavatkozást végző személy: .....

### Kedves Betegünk!

Az Ön kezeléséhez szükségessé vált beavatkozás során egy vékony csövet (kanült) vezetünk egy nagyobb méretű, a felszínen nem látható vénába, leggyakrabban a kulcscsont alatt, a nyakon vagy a lágyékhajlatban ejtett szúrással.

#### A beavatkozás számos okból válhat szükségessé:

- testfelszíni véna szúrása nem kivitelezhető,
- gyógyszerek vagy infúziók adása miatt,
- mesterséges táplálás, amikor tápcsatornán keresztül nem kivitelezhető,
- szívről és keringési rendszerről tájékoztató adatok mérése céljából,
- elektromos ritmusszabályzó (pacemaker) bevezetése céljából.

#### Az eljárás menete:

- először a beavatkozáshoz szükséges testhelyzetet kell felvenni, ez általában vízszintes fekvés, néha a fej irányába lejtő ágyon, viszonylag mozdulatlanul,
- a beavatkozás helyét és környezetét fertőtlenítő oldattal lemoszuk,
- a tervezett behatolás helyén és a mélyebb szöveti rétegekbe érzéstelenítő oldatot fecskendezünk,
- ezt követően megkeressük a vénát és bevezetjük a kanült.
- a kanül behelyezés során egy vastagabb tűvel a vénát felkeressük, majd a tűn keresztül egy vezető drótot a vénába csúsztatunk. A tű eltávolítása után a vezető drótra csúsztatjuk a vénakanült, a drótot eltávolítjuk, majd meggyőződünk a kanül vénás visszaáramlás megfelelőségéről,
- a kanült a bőrhez rögzítjük varrattal. Steril fedőkötés.
- A beavatkozás helye néhány napig fájhat, érzékeny lehet.

A beavatkozás általában pár percet vesz igénybe, de anatómiai variációk esetén a művelet jóval hosszabb ideig is tarthat és akár új szúrási hely választása is szükségessé válhat.

#### Lehetséges szövődmények:

A beavatkozás főbb veszélyei abból adódnak, hogy a keresett véna közelében létfontosságú szervek, más erek és idegek találhatóak és ezek elhelyezkedése sokféle variációt mutathat.

#### A beavatkozás veszélyei, szövődményei:

- Helyi duzzanat, nyomásérzékenység, vérömleny gyakran.
- Idegek sérülése nagyon ritkán.
- A tüdő sérülése miatt légmell kialakulása nagyon ritkán.

- A tüdő és nagyerek együttes sérülése miatt hemothorax, nagyon ritkán.
- Vérzés, verőér sérülése miatti jelentős vérzés nagyon ritkán.
- Ritkán a szív, nyelőcső, esetleg nyirokér sérülése, nagyon ritkán.
- Az eljárás során a keringésbe levegő kerülhet, nagyon ritkán.

A behelyezett eszközzel összefüggő szövödmények:

- A tartósan bennhagyott eszköznél számolni kell fertőzőes szövödménnyel is, melyek helyi gyulladás, fertőzött vérrög, igen ritkán szívbélhártya gyulladás, vagy az egész szervezetet érintő gyulladással reakció formájában jelentkezhetnek. A vénában elhelyezkedő kanül vérrög képződését (trombózis) is előidézhets, nagyon ritkán. Ilyen esetekben további gyógyszeres kezelés, egyéb beavatkozások válhatnak szükségessé.

#### **Alternatív beavatkozás:**

A beavatkozásnak egyéb alternatívája nincs.

A beavatkozás elmaradása következtében nehézségbe ütközik a további gyógyszerelése, infúzió, tápanyag adása.

#### **A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:**

#### **Nyilatkozat:**

Nyilatkozom, hogy a kezelőorvos tájékoztatása és a jelen beleegyező 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. habil. Bogos Krisztina PhD 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.

Tájékoztatást kaptam arról, hogy amennyiben a fenti adatkezelési hozzájárulásomat nem kívánom megadni, úgy a fenti beavatkozást nem lehet elvégezni, azonban ha életmentő beavatkozásra<sup>1</sup> vagy életfenntartó beavatkozásra<sup>2</sup> 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

---

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

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

