

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ANGIOGRÁFIÁS ÉS INTERVENCIÓS LABOR	FNY1041/1 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat mióma embolizációhoz		Oldalszám: 1/3

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT MIÓMA EMBOLIZÁCIÓHOZ

1. Beteg neve: **TAJ szám:**
Telefonszám: **Beküldő diagnózis:**

2. A betegtájékoztató tartalma:

Ennek a nyilatkozatnak az aláírásával tanúsítom, hogy engem a Szent Imre Kórház szerződött orvosa megfelelő, számomra érthető módon, írásban (illetve, kérésem alapján szóban is) tájékoztatott a következőkről.

- A méhben, az előzetesen elvégzett vizsgálatok során kimutatott mióma(k) legoptimálisabb kezelési módszere a méh artériáin keresztül végzett embolizáció, a mióma tápláló ereinek elzárása.
- Tudomásul veszem, hogy a tervezett beavatkozás ionizáló sugárzás alkalmazásával történik. Az ionizáló sugárzás szöveti károsító hatással rendelkezik, mely károsító hatásnak alsó határa nincs, és a statisztikai valószínűség alapján - bár kis százalékban - daganatképződést is elindíthat
- A beavatkozás kivitelezéséhez egy artéria (verőér) punkciója szükséges, melyen keresztül az érrendszerbe katéter bevezetése történik. A punkcióval és a katéterezéssel járó szövődmény lehet a punkciós nyílás körüli vérzés, vérömleny kialakulása, a verőér behártyájának sérülése. Súlyos érbetegség, érszűkület esetén az érfalról lesodródhat szövettörmelék, véralvadék, mely kisebb erek elzáródását is okozhatja, így ennek esetleges műtéti ellátására is szükség lehet
- A beavatkozás során a verőerekbe fecskendezett érfestékkel (kontrasztanyaggal) határozható meg az elzárni kívánt erek pontos elhelyezkedése, majd az érelzáródás megtörténte. A napjainkban alkalmazott kontrasztanyagok esetén az esetek kis százalékában szövődmény előfordulhat. A kontrasztanyag adás következményeként átmeneti rosszullet (1:1000), bőrpír, viszketés, hányás, ritkán orvosi kezelést is igénylő fulladás, szívmegállás (1:40.000), egészen kivételesen halálos szövődmény is előfordulhat (1:100.000).
- A mióma(k) tápláló ereinek elzárását követően a mióma elhalása, sorvadása következik be. E folyamat közben darabos, alvadékos menstruációs vérzés, barnás folyás, 5-10 napig görcsös alhasi fájdalmak, hőemelkedés, láz alakulhat ki. Előfordulhat, hogy az elhalt szövettörmelék nem tud spontán kiürülni, így műtéti beavatkozás válhat szükségessé. Rendkívül ritkán előfordulhat a méh egészének fertőzőes állapota, mely miatt teljes méheltávolításra lehet szükség
- Tudomásul veszem, hogy az intervenciós radiológiai beavatkozások, így az a. uterina embolizációjának elvégezhetősége is nagymértékben függ az erek állapotától, az anatómiai viszonyoktól, ezek egyéni variabilitásától. Előfordulhat, hogy a tervezett mióma embolizáció nem végezhető el az előbbieket miatt vagy a miómát ellátó erek speciális kóros állapota (pl.: AV-shunt) miatt.
- Az orvosi felvilágosítással kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, beleegyezem-e a beavatkozás elvégzésébe vagy sem
- Tudomásul veszem, hogy amennyiben a beavatkozást visszautasítom, a kezelőorvosomat, illetve a radiológus orvost nem terheli felelősség az emiatt fellépő káros következményekért, illetve a mióma(k) további megléte, esetleges növekedése miatt az egészségi állapotom kedvezőtlen alakulásáért.
- Kijelentem, hogy a mai napon, Magyarország területén lévő bármely fekvőbeteg ellátó intézetben fekvőbetegként vagyok / nem vagyok nyilvántartva.
- **A beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:**
- Kérdés:
- Válasz:
- Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):

Ezúton kijelentem, hogy jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ANGIOGRÁFIÁS ÉS INTERVENCIÓS LABOR	FNY1041/1 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat mióma embolizációhoz		Oldalszám: 2/3

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A MIÓMA EMBOLIZÁCIÓ ELVÉGZÉSÉRŐL

A MIÓMA EMBOLIZÁCIÓ ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem megfelelő kezelése érdekében, rajtam mióma embolizáció elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a mióma embolizációval járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

A KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYEZEM BELE.

A beavatkozáshoz minden esetben szükség van kontrasztanyag beadására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

- | | | |
|--|---|--|
| Ezúton nyilatkozom, hogy a fenti beavatkozáshoz | <input type="checkbox"/> hozzájárulok | <input type="checkbox"/> nem járulok hozzá.*
(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!) |
| Ezúton nyilatkozom, hogy a kontrasztanyag beadásához | <input type="checkbox"/> hozzájárulok | <input type="checkbox"/> nem járulok hozzá.*
(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!) |
| Ezúton nyilatkozom, hogy kontrasztanyag érzékenységeről | <input type="checkbox"/> tudok | <input type="checkbox"/> nem tudok.*
(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!) |
| Ezúton nyilatkozom, hogy terhességemről | <input type="checkbox"/> tudok | <input type="checkbox"/> nem tudok.*
(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!) |
| Ezúton nyilatkozom, hogy a vizsgálattal kapcsolatos orvosi információkat név és azonosításra alkalmas adatok nélkül tudományos célra | <input type="checkbox"/> felhasználhatják | <input type="checkbox"/> nem használhatják fel.*
(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!) |

- Ezúton nyilatkozom, hogy
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gyulladásgátlókat szedek naponta | <input type="checkbox"/> autoimmun betegségem van (SLE, RA, PAN) |
| <input type="checkbox"/> myelómám van/volt | <input type="checkbox"/> vesebetegségben szenvedek, vesekárosító gyógyszereket szedek |
| <input type="checkbox"/> cukorbetegségem van | <input type="checkbox"/> tudtommal pajzsmirigy betegségemről tudok |
| <input type="checkbox"/> szívelégtelenségemről tudok.* | |
- (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

A fentiek bármelyike esetén a serum creatinin szintje 90 napon belüli laborlelet alapján: _____

Az alábbi gyógyszereket jelenleg szedem:

Adimet	Avandamet	Competact	Eucreas	Gluformin	Janumet	Maformin
Meforal	Meglucon	Merckformin	Metfogamma	Metformin		
Metrivin	Metwin	Siofor	Stadamet	Velmetia	egyéb: _____**	

(Megfelelő részt kérjük aláhúzni!)

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ANGIOGRÁFIÁS ÉS INTERVENCIÓS LABOR	FNY1041/1 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat mióma embolizációhoz		Oldalszám: 3/3

kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

A mai napon az alábbi dokumentumokat adtam át és kaptam vissza a Szent Imre Egyetemi Oktatókórházban:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> személyi igazolvány | <input type="checkbox"/> betegbiztosítási (TAJ) kártya |
| <input type="checkbox"/> útlevel | <input type="checkbox"/> kórlap |
| <input type="checkbox"/> zárójelentés | <input type="checkbox"/> előző felvétel, CD |
| <input type="checkbox"/> előző lelet | <input type="checkbox"/> egyéb |

Kelkezés helye, ideje:

..... (tájékoztató/felvilágosító orvos neve nyomtatott betűkkel)	..... (műtétet/beavatkozást végző orvos neve nyomtatott betűkkel)	..... (kontrasztanyag beadását végző orvos neve nyomtatott betűkkel)	..... (nyilatkozó személy neve nyomtatott betűkkel)
..... (tájékoztató/felvilágosító orvos aláírása, ph.)	..... (műtétet/beavatkozást végző orvos aláírása, ph.)	..... (kontrasztanyag beadását végző orvos aláírása, ph.)	..... (nyilatkozó személy aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

- cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
 korlátozottan cselekvőképes beteg cselekvőképtelen beteg
 törvényes képviselő nyilatkozattételre jogosult személy** (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

..... (kezelőorvos neve nyomtatott betűkkel)	..... (tanú neve)	..... (tanú neve)
..... (kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje)	..... (tanú lakcíme)	..... (tanú lakcíme)

* Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

**Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.