

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KLINIKAI ONKOLÓGIAI OSZTÁLY	FNY1021/1
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat biszfoszfonát terápiához		Változat: 3
		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT BISZFOSZFONÁT TERÁPIÁHOZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

Fenti alapbetegségem okozta csontáttétek miatt kezelőorvosom biszfoszfonát terápiát javasolt.

A kezelés történhet ambulánsan adott infúzió vagy tabletták formájában, a kezelés formáját, valamint időtartamát kezelőorvosom határozza meg alapbetegségem állapotától, kísérőbetegségeimtől, általános állapotomtól függően.

A biszfoszfonát kezelés során a tumoros folyamat által meggyengített csontok megerősödnek, a csontfájdalom csökkenése, a mozgásképeség javulása várható.

Tartós alkalmazása segít a daganat okozta, ún. pathológiás törések megelőzésében, így a beteg mozgásképeségének, életminőségének fenntartásában.

A kezelés a legújabb kutatások szerint tumor ellenes hatású is.

A kezelés mellékhatásai az alábbiak lehetnek:

- influenzaszerű tünetek (a betegek közel 9%-ánál jelentkezett), láz (a betegek 7,2%-ánál), izom- és ízületi fájdalmak (a betegek 3 %-ánál), csontfájdalmak (9,1%), fáradtságérzés (4,1%), hidegrázás (2,9%) (ezen panaszok főleg az első adag gyógyszer beadása után jelentkezhetnek)
- vér kalciumszint csökkenése (a betegek 3 %-ánál), alacsony vér foszfátszint (a betegek 20 %-ánál, ez azonban tünetek nem okozó, kezelést nem igénylő mértékű csökkenés)
- vérszegénység /anaemia/ (5,2%)
- vese funkciós értékek romlása (előfordulási gyakorisága: 1-10% közötti)
- gyomor-, bélrendszeri panaszok (főleg tabletták kezelés esetén): főleg hányinger (5,8 %), hányás (2,6 %)
- conjunctivitis (kötőhártya-gyulladás) (gyakorisága:1%)
- viszketés, bőrkiütés (előfordulásuk 1% alatti)
- állkapocscsont nekrozisa (elhalása) (gyakorisága 0,1-1% közötti)

Ez utóbbi mellékhatás a biszfoszfonát terápia tartós alkalmazása esetén alakulhat ki.

Ezért a kezeléseket indulásakor fogorvosi vizsgálat (az esetleges rossz fogak rendbetétele), állkapocs röntgen elkészítése javasolt.

A biszfoszfonát terápia alatt rendszeres fogorvosi kontroll szükséges; foghúzás, szájsebészeti beavatkozás előtt antibiotikumos védelem, valamint a fogorvos tájékoztatása a biszfoszfonát terápiáról.

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:

- Válasz:

- 2. Kérdés:

- Válasz:

- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)

- **3. 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.

¹ A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KLINIKAI ONKOLÓGIAI OSZTÁLY	FNY1021/1 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat biszfoszfonát terápiához		Oldalszám: 2/2

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT BISZFOSZFONÁT TERÁPIÁRÓL

A BISZFOSZFONÁT TERÁPIÁBA BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, biszfoszfonát terápia szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálattal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

Ezúton nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, a biszfoszfonát terápiához

hozzájárulok

nem járulok hozzá.

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

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 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.

Kelkezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató orvos neve nyomtatott betűkkel)

.....
(nyilatkozó személy neve nyomtatott betűkkel)

.....
(tájékoztató orvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(nyilatkozó személy aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra

korlátozottan cselekvőképes beteg

cselekvőképtelen beteg

törvényes képviselő

nyilatkozattételre jogosult személy**

.....
(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.