

<b>DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL</b>	<b>FNY1014/4</b> <b>Változat: 4</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat szívritmuszavar elektromos megszüntetéséhez		<b>Oldalszám:</b> 1/2

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZÍVRITMUSZAVAR ELEKTROMOS MEGSZÜNTETÉSÉHEZ

**1. Beteg<sup>1</sup> neve:** ..... **TAJ száma:** .....

**Beküldő diagnózis:** .....

### 2. Betegtájékoztató tartalma:

#### A beavatkozás célja, menete

A tervezett beavatkozás során a pitvari ingerképzés zavarát (pitvarfibrilláció, pitvarremegés) egy nagyobb energiájú „áramütéssel” oltjuk ki. Cél a normális, ún. szinusz-ritmus visszaállítása, ez 70-95%-ban sikerül (függően a szív állapotától, esetleges kísérőbetegségektől és egyéb gyógyszeres kezeléstől).

A beavatkozás haszna, hogy a pitvarok nagyon szapora, a szívkamrák összehúzódásától független működése által okozott panaszok és tünetek a beavatkozást követően megszűnnek. Ezen kívül a lényegében alig mozgó pitvarokban vérrög alakulhat ki, amiből az agy vagy egyéb szervek embolizációja alakulhat ki. A beavatkozást azért javasoljuk, mert az előzetes vizsgálatok valószínűsítik a normális pitvarműködés helyreállítását.

A beavatkozást rövid ideig tartó altatásban végezzük a vénába helyezett tűn keresztül alkalmazott gyógyszerekkel. Az altatás miatt a kivehető fogakat ki kell venni. A beavatkozás előtt 4 órával nem lehet enni, vagy inni.

A beavatkozás alatt a beteg pulzusát, vérnyomását és a légzését folyamatosan ellenőrizzük monitor segítségével, a teljes ébredésig. A beteg keringésének és légzésének javításához szükséges eszközök készenlétben állnak. A beavatkozás átlagos időtartama kb. 15-30 perc. Az ébredés után még kb. 1 óráig nem szabad étkezni, folyadékot fogyasztani, a félrenyelés veszélye miatt.

#### A lehetséges szövődmények

A beavatkozás lehetséges ritka szövődménye, hogy szakszerű és gyakorlott orvos közreműködése estén is kialakulhat az „áramütés” hatására más ritmus, vagy szív ingerületvezetési zavar. Ilyenkor nagyobb erejű áramütésre, vagy ideiglenes pacemaker (szívingerlő) alkalmazására lehet szükség. A kialakuló ritmuszavar nagyon kis valószínűséggel halálos is lehet. Ritkán az alkalmazott véralvadásgátló kezeléstől függetlenül előfordulhat vérrögembolizáció. Az altatás szövődményeként ritkán allergiás reakció, vérnyomásesés, felületes légzés alakulhat ki. A szövődmények szakszerű ellátás mellett megelőzhetőek, felismerhetőek és gyógyíthatók.

#### A beavatkozás visszautasításának várható következményei

Amennyiben nem végezzük el a beavatkozást, a fent leírt ritmuszavar a szív elégtelen működéséhez vezethet.

### 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.)

- **A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**



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

### 3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

#### NYILATKOZAT A SZÍVRITMUSZAVAR ELEKTROMOS MEGSZÜNTETÉSÉHEZ

#### A SZÍVRITMUSZAVAR ELEKTROMOS MEGSZÜNTETÉSÉNEK ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam a szívritmuszavar elektromos megszüntetésének elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy a jelen

<sup>1</sup> 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”

<b>DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL</b>	<b>FNY1014/4</b> <b>Változat: 4</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat szívritmuszavar elektromos megszüntetéséhez		<b>Oldalszám: 2/2</b>

formanyomtatványt elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a beavatkozás lényegét megértettem és a beavatkozással járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

**Ezúton nyilatkozom, hogy a szívritmuszavar elektromos megszüntetéséhez**

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](http://www.eeszt.gov.hu)) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatban (<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/felvilágosító orvos neve  
olvashatóan)

.....  
(beavatkozást végző orvos neve  
olvashatóan)

.....  
(nyilatkozó személy neve  
olvashatóan)

.....  
(tájékoztató/felvilágosító orvos aláírása,  
ph.)

.....  
(műtétet/beavatkozást 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 olvashatóan)

.....  
(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.