

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL	FNY1014/5 Változat: 4
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang vizsgálatához		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT NYELŐCSÖVÖN KERESZTÜL VÉGZETT SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

A beavatkozás célja

A szokásos, mellkafalon keresztül végzett szívultrahang vizsgálat bizonyos esetekben nem ad kellő pontosságú diagnózist, mert előfordul, hogy nem minden szívészlelet ábrázolható megfelelő pontossággal. Az is előfordul időnként, hogy a szokásos mellkasi ultrahang vizsgálatnál nem is kapunk mérésekre alkalmas, értékelhető képeket (pl.: elhízás esetén, a mellkas szabálytalan alakja miatt, súlyos állapotban, mesterséges lélegeztetés mellett).

Ezért bizonyos esetekben szükség lehet a nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang vizsgálatra, mert ezzel a módszerrel különösen a nyelőcsőhöz közel fekvő részeket (a bal pitvar, pitvari szövény, billentyűk, műbillentyűk, mellkasi főverőér, főtüdőverőér, a koszorúerek eredése) igen jó minőségben vizsgálhatjuk.

A vizsgálat szükségességét kezelőorvosa az szívultrahang vizsgálatot végző orvossal megbeszélve dönti el. Szükséges lehet a nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang vizsgálatra a szívben, a billentyűkön, főtüdőverőéren feltételezett vérrögök, gyulladós felrakódások, veleszületett szívbetegségek, billentyűhibák, műbillentyű-hibák, mellkasi főverőér – repedés kimutatására. A vizsgálat lehetővé teszi a betegség pontos diagnózisát és a további kezelés megtervezését.

A vizsgálat elmaradása esetén mindez nem lehetséges.

A vizsgálat menete

A vizsgálat hasonlít egy hagyományos gyomortükrözéshez. Egy kb. 1 cm vastag, hajlékony, rugalmas csövet kell a vizsgálat során lenyelnie, emiatt a vizsgálatot megelőzően legalább 4 óra hosszan nem szabad étkezni és inni, de a reggeli gyógyszereket be szabad venni. A garatot érzéstelenítő spray-vel kezeljük, hogy a vizsgálcső nyelése ne okozzon panaszt. A vizsgálat szükség esetén bódításban, illetve rövid altatásban történik. A vizsgálatot megelőzően egy karon levő vénába tűt helyezünk, melyen keresztül a vizsgálat alatt gyógyszereket adhatunk.

A vizsgálat miatt a kivehető fogakat ki kell venni a vizsgálat előtt. A vizsgálat alapfeltétele (nem intubált, lélegeztetett beteg esetén) a jó minőségű orrlégzés, amennyiben ez nem áll fenn, akkor a vizsgálat előtt azt biztosítani szükséges. A vizsgálat alatt a beteg pulzusát és a légzését folyamatosan ellenőrizzük a monitor segítségével, a teljes ébredésig. A vizsgálat átlagos időtartama kb. 20 perc. Az ébredés után még kb. 1 óráig nem szabad étkezni, folyadékot fogyasztani, a félrenyelés veszélye miatt (a torkot érzéstelenítettük). A vizsgálat után aznap nem szabad gépkocsit vezetni. Az ambulánsan végzett vizsgálatnál – tekintettel a felületes altatásra – kíséreléssel kell megjelenni.

A lehetséges szövődmények

A vizsgálat biztonságos, kiskockázatú.

Ritka szövődmények: torokfájás, átmeneti vérnyomás-emelkedés, vérnyomás-csökkenés, pitvari enyhe szívritmuszavar, véres köpet (szájnyálkahártya enyhe sérülése miatt), oxigénhiány.

Nagyon ritka szövődmények: nyelőcső kilyukadása, nyelőcső vénás tágulatainak fennállása esetén a vénás tágulatokból való súlyos vérzés, súlyos gégegörcs, súlyos szívritmuszavar, szonda végének visszahajlása a nyelőcsőben, allergia az altatószere.

Az esetleges szövődmények elhárítására felkészültünk.

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.

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"

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KARDIOLÓGIAI PROFIL	FNY1014/5 Változat: 4
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang vizsgálatához		Oldalszám: 2/2

3. Beleegyző nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A NYELŐCSÖVÖN KERESZTÜL VÉGZETT SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ

A NYELŐCSÖVÖN KERESZTÜL VÉGZETT SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam a nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatjal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

Ezúton nyilatkozom, hogy a nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang vizsgálatához

- hozzájárulok nem járulok hozzá (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatói 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 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.

Kelzés 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*:

- cselekvőképés beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
 korlátozottan cselekvőképés 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 cselekvőképés 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.