

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/1 2025.03.06. Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az artériás katéterezéshez		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT AZ ARTÉRIÁS KATÉTEREZÉSHEZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

A tervezet beavatkozás során csukló vagy combhajlati artéria megszúrása és a tűn keresztül tartós katéter bevezetése történik helyi érzéstelenítésben.

A beavatkozás **haszna, előnye**, hogy az említett artériába helyezett katéteren keresztül mért nyomással jobban követhető a beteg folyadékkegyensúlya, a szív teljesítménye és pontosabban tudjuk a gyógyszereket adagolni, ami növeli a gyógyulás esélyét és csökkenti az intenzív osztályos tartózkodás hosszát. Ezen kívül többszöri vérvétel is kivitelezhető anélkül, hogy ismételt artériaszúrással terhelnénk a beteget.

Amennyiben nem helyezünk be artériás katétert, ismételt artériaszúrással nyerhetünk vérgáz vizsgálatához vért. A klinikai tünetek alapján is kezelhetjük a beteget, de figyelembe véve az állapot súlyosságát ez sokkal kevésbé lehet sikeres, mint artériás katéterrel nyert adatok segítségével.

A beavatkozás lehetséges szövődménye, hogy szakszerű és gyakorlott orvos kezében is, a szúrás helyén, annak közvetlen környezetében **vérömleny** alakul ki. Az artériás katéter ér-elzáródásához vezethet trombus, meszes érfalrészlet leszakadása révén, ami szövetelhalást is okozhat. Szakszerű ápolás esetén is a katéter környezetében, illetve a katéteren keresztül **fertőzés** alakulhat ki. Az előbb felsorolt szövődmények igen kis gyakorisággal és valószínűséggel halálosak is lehetnek. A szövődmények szakszerű ellátás mellett felismerhetők és kezelhetők.

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!):** ☐
- Van-e gyógyszerérzékenysége?
- Válasz:
- Szed-e véralvadásgátlót?
- Válasz:
- Tud-e vérzékenységről?
- Válasz:

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 AZ ARTÉRIÁS KATÉTEREZÉS ELVÉGZÉSÉRŐL

AZ ARTÉRIÁS KATÉTEREZÉS ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam artériás katéterezés elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), az eljárás lényegét megértettem és az eljárással járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

Ezúton nyilatkozom, hogy az artériás katéterezéshez

☐ 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

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 BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLOGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/1 2025.03.06. Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az artériás katéterezéshez		Oldalszám: 2/2

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.

Keltezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató orvos neve
olvashatóan)

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

.....
(nyilatkozó személy neve
olvashatóan)

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

.....
(műtétet/beavatkozást végző
orvos aláírása, ph.)

.....
(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 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.