

GOTTSEGEN GYÖRGY
ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET
Kardiológiai Osztály

A beteg neve: , azonosítója.....

Elektromos szívritmus-helyreállítás
(Cardioversio)

Betegtájékoztató és nyilatkozatok

Tisztelt Betegünk!

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnél **elektromos szívritmus- helyreállítást** végezzünk.

A beavatkozás elvégzéséhez szükséges az Ön írásos beleegyezése.

Kérjük, mielőtt kezelőorvosa személyesen is tájékoztatja Önt a szükséges beavatkozás részleteiről, figyelmesen **olvassa el** ezt az ismertetőt, majd saját kezűleg **írja alá** a végén levő beleegyező nyilatkozatot.

Amennyiben kérdése van a leírtakkal kapcsolatban, még az aláírás előtt kérjen további **szóbeli tájékoztatási** is kezelőorvosától! Ha az írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján nem kíván beleegyezni a beavatkozásba, ne ezt, hanem egy — szintén kezelőorvosától kapott — **Megtagadó nyilatkozatot** írjon alá. Kérjük, fontolja meg döntését!

Elektromos szívritmus-helyreállítás
(*Cardioversio*)

A beavatkozás célja:

A jelenlegi ritmuszavar megszüntetése és a normális (sinus) ritmus helyreállítása.

A beavatkozás szükségességének indoklása; elmaradásának következményei:

A jelenlegi szívritmuszavar mellett csökken a szív teljesítménye, romlik a vérkeringés és fennáll

a vérrög kialakulásának veszélye a szívüregekben.

A beavatkozás menete:

A kezelést e tevékenységben jártas orvos és nővér végzi, folyamatos EKG ellenőrzés mellett. Az elektromos áramot külső áramforrásból nyerjük, 40-360 Joule teljesítménnyel alkalmazzuk rövid altatásban. A beavatkozás előtt vénás kanült vezetünk be az altatószer, és (ha szükséges) egyéb gyógyszerek alkalmazásához. Az áramütés alatt Ön alszik, fájdalmat nem érez, ébredésig légzését lélegeztető ballonnal, illetve oxigén adagolásával segítjük. 5-10 percen belül felébred, egy-két óráig még álmoságot érezhet. Egy órán keresztül még nem ehet, nem ihat. A mellkas bőréen az áramadagoló lapát helyén enyhe fájdalmat okozó bőrpír keletkezhet, ami néhány nap alatt nyomtalanul gyógyul.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

Szövődmény előfordulás 1-3% -ban lehetséges, ezek: tüdővizenyő, a jelenlegitől eltérő ritmuszavar, vérrög kisodródás az agy, a szem, a végtagok ereibe, emiatt esetleg bénulás, látászavar, végtagkeringési zavar. A szövődmények kezelésére orvosaink felkészültek.

Orvosi nyilatkozat

A Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet érintett orvosai, valamint a beteg gyógykezelésben résztvevő valamennyi egészségügyi dolgozó nevében is kijelentem és biztosítom, hogy az orvosi és az egyéb kapcsolódó egészségügyi munkákat mindenkor a hatályos törvények, valamint az egyéb kötelező jogszabályok betartásával, az orvosi eskü vonatkozó szabályainak és követelményeinek megfelelően, a lehetséges és elvárható színvonalon, maximális gondossággal végezzük - a beteg korától, nemétől, vallásától, politikai, illetve világnézetétől, nemzetiségétől és állampolgárságától függetlenül.

.....

a tájékoztatást adó és nyilatkozatot tevő orvos(ok)

aláírása

A beteg beleegyező nyilatkozata

Kijelentem, hogy a tervezett a szívritmus helyreállító beavatkozással kapcsolatban a megadott szóbeli és a fentiekben részletezett írásbeli tájékoztatást (*orvosi felvilágosítást*) megértettem.

Megértettem továbbá a beavatkozással kapcsolatos szövődmények kockázatát is; lehetőségem volt kérdéseket feltenni, valamennyi kérdésemre kielégítő választ kaptam, további kérdésem nincs.

Mindezek tudatában én, mint érdekelt beteg ezennel kijelentem, hogy a tervezett beavatkozás személyemen való elvégzésébe ezennel és feltétel nélkül kényszertől, fenyegetéstől mentesen, szabad akaratomból **beleegyezem**, vállalom továbbá annak a fenti tájékoztatóban jelzett kockázatait, illetve a fent megjelölt esetleges következményeket.

Budapest,év..... hó.....nap

.....

a beteg aláírása



Hozzá tartozói beleegyező nyilatkozat

(Kiskorú gyermek vagy gyámság, illetve gondnokság alatt álló vagy cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg esetében töltendő ki.)

.....
(a beteg neve, azonosító adatai)

nevű gyermekemen (hozzátartozómon) végzendő szívritmushelyreállító beavatkozással, annak lehetséges szövődményeivel, kockázatával kapcsolatos szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem, tudomásul vettem. A beavatkozással kapcsolatban lehetőségem volt kérdéseket feltenni, amelyekre megfelelő választ kaptam; további kérdéseim nincsenek.

Beteg hozzátartozóim szívritmushelyreállító beavatkozásának elvégzéséhez nevezett képviselőm a **beleegyező nyilatkozatot helyette megadom.**

A hozzá tartozói minőségemet megvalósító rokonsági fok, illetve jogcím: (a beteg gyermekem, örökbefogadott gyermekem, a beteg gyámja, gondnoka vagyok, egyéb jogcím, illetve rokonsági fok):

.....

Budapest, év hó nap

.....

a hozzátartozó
(v. jogi képviselő)
aláírása