



GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET

A beteg neve: , azonosítója:

Centrális vénás kanül alkalmazása Betegtájékoztató és nyilatkozatok

Tisztelt Betegünk!

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnek **centrális vénás kanült** helyezzünk be.

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 az orvosi tájékoztatást követően sajátkezüleg **írja alá** a végén levő beleegyező nyilatkozatot.

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!

A beavatkozás célja:

1. Gyógyszerbejuttatás a szervezetbe, ha a perifériás vénák gyógyszeradagolásra valamilyen okból nem alkalmasak.
2. Nagy mennyiségű folyadék gyors szervezetbe juttatásának szükségessége.
3. Teljes mesterséges táplálás.
4. Perifériás vénákon keresztül nem adható gyógyszerek, oldatok infúziója.
5. Ideiglenes ritmusszabályozó, nyomásmérő katéter bevezetése.

A vizsgálat szükségességének indoklása; elmaradásának következményei: Amennyiben az indokolt beavatkozást nem tudjuk végrehajtani, úgy a kezelés elmaradása miatt klinikai állapotromlás állhat be.

A beavatkozás menete: A nyaki területen általában két vénát használhatnak a fenti beavatkozás elvégzéséhez. Ritkábban a kulcscsont mentén húzódó nagy vénát, gyakrabban pedig a nyakon futó vénát használják. A beavatkozást ebben az eljárásban járatos orvos végzi, a sterilitás gondos betartása mellett, steril műszerekkel. A szúrásra kijelölt terület műtéti előkészítése mellett, lokális érzéstelenítés után a beavatkozás kb. *20-30 percet* vesz igénybe. A beavatkozás után fizikális és röntgen vizsgálat történik a beavatkozás sikerének lemerésére, illetve az esetleges szövődmények azonnali felismerése érdekében.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

1. Fertőzés
2. Trombózis és vénagyulladás
3. Légembólia
4. Folyadék kerülhet a mellhártya lemezei közé
5. Légmell
6. Nyaki verőérsérülés
7. Nyirokvezeték sérülés
8. Nyaki idegsérülés
9. Légcsősérülés
10. A nyak érzékenysége

Nagy nemzetközi statisztikák szerint a beavatkozás sikeressége 90% feletti, míg a szövődmények gyakorisága 2%-6%. Intézetünkben a szövődmények ellátásának valamennyi feltétele adott.



Intézeti Protokoll
Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozatok alkalmazása
25.sz. melléklet

Oldal: 2/2
Kiadás száma: 2

ORVOSI NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatban valamennyi kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és olyan mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasztottam.

Az orvos kiegészítése:

A beteg kérdései:

Az orvos válaszai:

Budapest,..... év hó nap

.....
A tájékoztatást adó és nyilatkozatot tevő
orvos(ok) aláírása

A BETEG /TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ/ BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

A *centrális vénás kanül alkalmazására* vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyre szabott, egyéniesített, minden releváns részletre kiterjedő szóbeli orvosi tájékoztatást megértettem, amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre. Ugyancsak megértettem a beavatkozással kapcsolatos valamennyi szövődmény kockázatát. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam.

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegséggemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben az invazív beavatkozás során annak előre nem látható kiterjesztése válik szükségessé, úgy a beleegyezésem hiányában is elvégezhető a kiterjesztés, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a kiterjesztés valamely szervem vagy testrészem elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, úgy azt csak közvetlen életveszély esetén, vagy aránytalanul súlyos teher esetén szabad végrehajtani.

Budapest,..... év hó nap

.....
Beteg, vagy törvényes képviselő aláírása

.....
a törv. képviselő jogcíme

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