



## GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET

A beteg neve: ....., azonosítója: .....

### Húgyhólyag katéterezés Betegtájékoztató és nyilatkozatok

#### *Tisztelt Betegünk!*

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnél **húgyhólyag katéterezést** 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 az orvosi tájékoztatást követően sajátkezűleg **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:** A szabad vizeletelfolyás biztosítása.

#### **A beavatkozás szükségességének indoklása, elmaradásának következményei:**

1. A vizelet kiürítés mechanizmusának átmeneti zavara miatt (pl. szívkatéterezés után);
2. Súlyos pangásos szívelégtelenség, cardiogen sokk, súlyos szívinfarktust követő keringési zavarok és súlyos veseelégtelenség kezelésének egyik fő szempontja a vizelet kiválasztás folyamatos biztosítása;
3. Ritkán mechanikai okok indokolják a katéter felvezetését, pl. kő, véralvadék, daganat zárja el a húgycsőben a vizelet útját.

Ha a vizeletfolyást nem biztosítjuk, a hólyag feszülése nagy fájdalmat, a vizelet pangás fertőzést, később veseelégtelenségig fokozódó veseműködési zavart vált ki.

**A beavatkozás menete:** A húgycsőnyílás feltárása és fertőtlenítése után steril körülmények között felvezetjük a műanyag vagy gumi/szilikon katétert (mely lehet ballonos is).

A hólyagkatéterezés lehet egyszeri, átmeneti, illetve tartós, folyamatos. A tartós katéterezés biztosítására a hólyagban kis ballont fújunk fel, mely megakadályozza a katéter kicsúszását. A beavatkozások az esetek legnagyobb többségében fájdalommentesek, de enyhe átmeneti kellemetlenség érzéssel járhat. Fájdalmat a beteg főleg akkor jelez, ha a vizelet elakadásának mechanikai oka van. A hólyagkatétert felvezetheti orvos vagy gyakorlott, szakképzett ápoló is.

**A beavatkozás lehetséges szövődményei:** A húgycső nyálkahártyáján kisebb-nagyobb sérülések, átfürödés, ennek következtében kisebb-nagyobb vérzések jelentkehetnek, ritkán ezen sérülések műtéti ellátására is szükség lehet. Húgyúti fertőzés is létrejöhet, mely antibiotikus kúrát tesz szükségessé.



## 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 megválaszoltam.

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 *húgyhólyag katéterezés 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 betegségemmel, 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.)