

ANESZTEZIOLÓGIAI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (szül. dátum: TAJ szám:)
tanúsítom, hogy engem

Dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A műtéti érzéstelenítés / altatás kockázatát befolyásoló ismert betegségeimről, amely kórisme szerint (magyarul)

.....
.....

2. A javasolt beavatkozásról (műtéti érzéstelenítés / altatás), amely (magyarul)

1. Helyi érzéstelenítés
2. Regionális vagy vezetéssel érzéstelenítés
 - 2.1. SPA gerincközeli érzéstelenítés gerincvíz punkcióval
 - 2.2. EDA gerincközeli érzéstelenítés gerincvíz punkció nélkül
 - 2.3. EDA gerincközeli érzéstelenítés a gerinccsatomába vezetett műanyag kanülön át
 - 2.4. Hónalji idegköteg érzéstelenítése
 - 2.5. A végtag érzéstelenítése intravénás módszerrel
3. Altatás (általános érzéstelenítés, narkózis)
 - 3.1. Gépi lélegeztetéssel, légcsőtubussal
 - 3.2. Gépi lélegeztetéssel, arcmaszkkal vagy gégemaszkkal
 - 3.3. Kézi lélegeztetéssel, arcmaszkkal vagy gégemaszkkal
4. Egyéb módszer:

3. Kijelentem, hogy a beavatkozás (műtéti érzéstelenítés / altatás) természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az esetleges kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, az érzéstelenítés egyéb lehetséges módzatairól, valamint a műtét körüli időszak eseményeiről megfelelő tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A javasolt műtéti érzéstelenítésbe vagy altatásba, valamint az ahhoz szükség esetén kapcsolódó intenzív kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerítől mentesen adom. **Ennek alapján kérem, hogy rajtam a fent javasolt beavatkozást elvégezzék.**

5. Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a nem kívánt rész törlendő):

Érzéstelenítés: gyógyszerek mellékhatásai, érpályába kerülése, keringés- és / vagy légzésleállítás, allergiás reakciók, fejfájás, vizeletelürítési zavarok, vérömleny a szűrés helyén, fertőzés, maradandó idegkárosodás.

Intravénás érzéstelenítés: a végtagot lezorító mandzsetta meghibásodása, a keringésbe került gyógyszer toxikus keringési, idegrendszeri hatásai, keringés- és / vagy légzésleállítás.

Altatás: vénagyulladás, gyógyszerek mellékhatásai, allergiás reakciók, keringési, légzési - lélegeztetési zavarok, nehéz légútbiztosítás következményei (a fogak, a szájüreg vagy az orrüreg lágyrészei, a gége sérülése, rekedtség, oxigénhiányos állapot kialakulása), gyomortartalom légutakba jutása, légzési elégtelenség, izomlázhoz hasonló fájdalom, a kikapcsolt izomműködés mellett a fektetéskor kényszertartás – következményes gerinc, végtagi fájdalom, esetleg bénulás, elhúzódó, esetleg nyugtalan ébredés, fejfájás, émelygés, hányás, idegrendszeri károsodás, keringés- és / vagy légzésleállítás, halál. Bizonyos gyógyszerek nagyon ritkán kiválhatnak ún. malignus hipertermiát, ami az anyagcsere egyensúlyának felborulásával, extrém testhőmérséklet emelkedéssel, izommerevséggel, következményes agyi károsodással járhat.

6. Beleegyezem az érzéstelenítéshez / altatáshoz szükséges előre tervezett, vagy váratlanul szükségessé váló beavatkozások elvégzésébe (az anesztézia típusának változtatása, vér, vérkészítmények, gyógyszerek, vagy más szükséges készítmények adása, centrális véna, vagy valamely artéria katéterezése, műtét utáni tartós lélegeztetés). Ezek fertőzéseket, allergiás reakciókat, légúti szövődeményeket okozhatnak. A vérkészítmények adása során a kötelező szűrés ellenére bizonyos vírusok átjutása, ill. az általuk okozott betegségek átvittele (HIV / AIDS, májgyulladás, stb.) nem zárható ki teljesen. Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal, és az érzéstelenítés szükség szerinti kiterjesztésével.

7. Tudomásul veszem, hogy a műteti érzéstelenítést / altatást az osztályvezető főorvos (vagy megbízottja) által kijelölt kezelőorvos fogja végezni. Felvilágosítottak arról, hogy a beavatkozást végző orvos a műtét körüli időszakban folyamatosan kész a beavatkozással kapcsolatban állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni engem.

8. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.

9. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a műtét napján a kórházból távozom, 24 órán belül alkoholt nem fogyaszthatok, önállóan az utcán nem közlekedhetek, járművet nem vezethetek, fontos jogi döntéseket nem hozhatok, veszélyes háztartási géppel nem dolgozhatok, gyógyszert csak kezelőorvosom tudtával és javaslatára vehetek be.

10. A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyző nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs.

Mosonmagyaróvár, 200... .. hó nap

.....
.....
a tájékoztató orvos aláírása a beteg (törvényes képviselő) aláírása

.....
.....
1. tanú

.....
.....
2. tanú

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegtől vagy illetékes személytől a hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi műteti érzéstelenítés / altatás szükséges.

Mosonmagyaróvár, 200... .. hó nap

.....
.....
1. orvos

.....
.....
2. orvos