**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT** **VÉKONYTŰ ASPIRÁCIÓS CITOLÓGIAI BEAVATKOZÁSHOZ**

1. **Személyes adatok:**
   1. Beteg[[1]](#footnote-1) neve:
   2. TAJ száma:
   3. Diagnózis:
   4. Van-e gyógyszerérzékenysége?

**Válasz:**

* 1. Szed-e véralvadásgátlót?

**Válasz**:

* 1. Tud-e vérzékenységről?

**Válasz**:

1. **A tájékoztatás tartalma:**
   1. **Beavatkozás célja, elvégzését indokló tényezők:** célja a tapintható, vagy képalkotó eljárással lokalizált elváltozás biológiai természetének (gyulladás, jó- vagy rosszindulatú daganat, áttét stb.) tisztázása megterhelőbb beavatkozás nélkül.
   2. **Beavatkozás leírása:** a bőrfelületet fertőtlenítése után, helyi érzéstelenítés nélkül az orvos egy vékony tűvel megszúrja a vizsgálandó elváltozást és folyamatos szívással, több irányba, előre-hátra mozgatott tűvel mintát nyer, azaz sejteket, apróbb szövetrészleteket, folyadékot szív le. A tű kihúzását követően a mintavétel helyét steril fedőlappal fedjük le.
   3. **Beavatkozás lehetséges szövődményei a tudomány jelen állása szerint:** a beavatkozás helyén enyhe bőrpír, kis vérömleny, minimális érzékenység fordulhat elő. Ritkán gyulladás, szöveti vérömleny alakul ki. Nagyon ritkán elhúzódó vérzés, nagyobb szöveti vérömleny, mellkasfali szúrás esetén légmell alakulhat ki.

A vérzésveszély miatt a vizsgálat ellenjavallatai lehetnek:

* a különböző vérzékenységi állapotok.
* érdús daganatok szúrása.
  1. **Beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei:** a mintavétel elmaradása nehézkessé vagy lehetetlenné teheti a kórfolyamat/betegség pontos meghatározását, vagy annak előrehaladását, és ezzel a megfelelő gyógymód megválasztását.
  2. **Beavatkozás várható eredménye, időtartama és megítélése:**
* A vizsgálat időtartama 5-20 perc.
* A vizsgálat eredménye a diagnosztikus problémától függően 30 perc-5 munkanapon belül várható.
  1. **Alternatív beavatkozási lehetőségek:** nagyobb megterhelést jelentő szövettani mintavétel (henger [core] biopszia, sebészi mintavétel).
  2. **A beavatkozás előtt javasolt teendők, ezek eredménye:**
* Általában nincs előzetes teendő.
* Amennyiben véralvadásra ható gyógyszert szed (Xarelto, Syncumar, Ticlid, Aspirin, Astrix, Marfarin, Pradaxa, Lixiana, Eliquis, Efient, Disgren, Bewim, Clexane, Fragmin stb.) és mély, hasi szerveket érintő szúrás történik, akkor a kezelőorvosnak a véralvadásgátló szedését a gyógyszer típusától függően 1-5 nappal a beavatkozás előtt fel kell függesztenie.
  1. **A beavatkozás utáni időszak fontosabb teendői (amire figyelni kell a betegnek!):**
* A szúrt sebre tett fedőlapot 10 percig enyhe nyomással rögzítse, ez alatt a váróban foglaljon helyet.
* Amennyiben a vérzés miatt nyomókötést kapott, azt lehetőleg 6 órán át ne vegye le.
* Hasi szerveket (máj, vese stb.) érintő mély szúrás után 3 órás megfigyelés történik fekvőbeteg osztályon.
* Elhúzódó vérzés vagy egyéb komplikáció esetén azonnal forduljon orvoshoz!
  1. **A beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:**

1. Kérdés:   
     
   **Válasz:**
2. Kérdés:   
     
   **Válasz:**
3. Kérdés:   
     
   **Válasz:**

*(További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)*

*Amennyiben a beteg kérdést nem tett fel az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet át kell húzni!*

**NYILATKOZAT VÉKONYTŰ ASPIRÁCIÓS CITOLÓGIAI BEAVATKOZÁSHOZ**

1. **A beleegyező nyilatkozat tartalma:**
   1. Kijelentem, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógymódok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt beavatkozást, az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.
   2. Felkérem és felhatalmazom a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.
   3. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.
   4. Tudomásul veszem, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, felelősség nem terheli.
   5. Tudomásul veszem, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.
   6. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körültekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
   7. Beleegyezem abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizzék.
   8. Hozzájárulok ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.
   9. Tudomásomra hozták, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.
   10. Kijelentem, hogy a javasolt gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.
   11. Kijelentem továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírásommal is megerősítem.
   12. Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelésem során tanulóápolók, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

**Ezen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom, hogy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□ beleegyezem, kérem** | **□ nem egyezem bele, nem kérem** | (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!) |

**a megnevezett beavatkozás elvégzését.**

**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 a betegellátás ideje alatt az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alaphelyzetben csak a kezelőorvosom vagy a kezelésemben résztvevő betegellátó személyek férhetnek hozzá. 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](http://www.eeszt.gov.hu/)) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi Szabályzatában

<https://www.uzsoki.hu/sites/default/files/users/user70/Mu_SzE_0001_Adatvedelmi_szabalyzat.pdf> meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes adataimat 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 az Adatvédelmi 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 törvény, 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 rendelkezései vonatkoznak.

**Keltezés helye, ideje:** Budapest, Budapesti Uzsoki Utcai Kórház……..év……hó……nap.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **tájékoztató orvos neve**  **nyomtatott betűkkel** |  | **a beteg vagy törvényes képviselőjének neve**  **nyomtatott betűkkel** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **tájékoztató orvos aláírása,**  **orvosi pecsétje** |  | **a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása** |

**A klinikai állapot megítélése szerint, jogállása[[2]](#footnote-2):** (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[[3]](#footnote-3)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| kezelőorvos neve nyomtatott betűkkel |  | tanú neve |  | tanú neve |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| kezelőorvos aláírása  orvosi pecsétje |  | tanú lakcíme |  | tanú lakcíme |

1. Beteg: az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról. [↑](#footnote-ref-2)
3. Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni. [↑](#footnote-ref-3)