

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 (tájékoztató 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 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 (amelyről külön tájékoztatjuk). 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 bőrén 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 Balatonfüredi Állami Szívkórház 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.

Balatonfüred, év..... hó nap

.....

a beteg aláírása

Hozzá tartozói beleegyező nyilatkozat

(Gyámság, illetve gondnokság alatt álló vagy cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképese beteg esetében töltendő ki.)

.....

(a beteg neve, azonosító adatai) nevű 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 nincs. Beteg hozzátartozóm szívritmushelyreállító beavatkozásának elvégzéséhez nevezett képviselőjében a beleegyező nyilatkozatot helyette megadom. A hozzátartozói minőségemet megvalósító rokonsági fok, illetve jogcím: (a beteg gyámja, gondnoka vagyok, egyéb jogcím, illetve rokonsági fok):

.....

Balatonfüred, év hó nap

.....

a hozzátartozó (v. jogi képviselő) aláírása