



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Kérjük, figyelmesen olvassa el, és töltsse ki a beleegyző nyilatkozatot.

### BEAVATKOZÁS MEGNEVEZÉSE

### INFÚZIÓS KEZELÉS

### T&G Health Kft.

1015 Budapest, Ostrom utca 16.  
Orvosi szakértő: Dr. Sztancsik Ilona, Dr. Pázmány Annamária  
Jogi szakértő: Dr. Babiczky Andrea  
A kiadványért felelős személy: Dr. Babai László  
Telefon: + 36 30 434 17444, E-mail: [info@primamedica.hu](mailto:info@primamedica.hu)

© 2023 A betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozatok önálló szerzői jogi védelem alatt állnak. A betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozatok utánnomása, fordítása, felhasználása kizárólag a kiadó engedélyével történhet.

A kiadvány azonosító kódja:  
BEEGY 0032\_20230701\_01

Páciens neve:

Születési ideje:

Taj/igazolvány száma:

Telefonszáma:

Címe:

Intézmény neve: Prima Medica Neurológiai Központ

Címe: 1015 Budapest, Ostrom utca 16.

ÁNTSZ száma:

Beküldő orvos neve:

Felügyelő orvos neve:

Beavatkozás időpontja:

### Tisztelt Páciensünk!

Ez a betegtájékoztató **INFÚZIÓS KEZELÉSRŐL** tartalmaz alapvető információkat. Azt, hogy az Ön esetében miért tanácsolt a beavatkozás, és milyen más lehetőségei vannak, orvosa szívesen elmagyarázza. A beavatkozás előnyei és hátrányai is bemutatásra kerülnek a tájékoztatóban. Azokat a kérdéseket, amelyek a tájékoztató elolvasása után Önben felmerülnek, beszélje meg orvosával!

### Mikor indokolt a beavatkozás?

Az Ön részére az észlelő lapon rögzített tünetei/ betegségei/ megjelölt céljai alapján kezelő orvosa javasolja az infúziós kezelés elvégzését. Az észlelő lapon rögzített tüneteit / betegségét kezelő orvosa szóban részletesen ismertette, melynek birtokában javasolja a vizsgálat elvégzését. Az észlelő lap és a jelen betegtájékoztató az orvosi dokumentációja részét képezi.

### Az infúziós kezelés menete

Az infúziós kezelést részletes orvosi vizsgálat után a kezelőorvos indikálja. Az infúziós kezeléseket különösebb előkészületet nem igényelnek. Nem szükséges éhgyomri állapot, folyadék fogyasztása is megengedett és a rendszeresen szedett gyógyszereket sem kell elhagyni, kivéve, ha a kezelőorvos ezt javasolja. A kezeléseket kizárólag szakorvosi javaslat alapján végezzük, így az alkalmazott készítmény típusát, az adott gyógyszerek dózisát és a kezelés időtartamát a kezelőorvos határozza meg.

A kezelőorvos által felírt készítményt az infúziós kezelés megkezdése előtt a kezelés helyszínéhez legközelebb eső patikában kell kiváltani közvetlenül a kezelés időpontja előtt. A készítményt a kezelést felügyelő asszisztensnek kell átadni.

A kezelés megkezdése előtt szükség van vérnyomásmérésre, a szedett gyógyszeres terápia megismerésére, valamint különböző allergiák (gyógyszer, növényi, étel, fém) ismeretére.

Az infúziós terápia a kezelést elrendelő orvosi ellenőrzés mellett asszisztens segítségével és jelenlétében történik. (bőrfertőtlenítés, után a kanül bevezetése, ezt követően az infúzió bekötése következik.)

Bármilyen panasz, tünet észlelésekor azonnal jelezni kell az infúziós kezelésben részt vevő asszisztens, ill. orvos felé.

A kezelés befejezését követően a kanül eltávolítása, nyomókötés felhelyezése következik. Rövid pihenő után, problémamentes esetben otthonába távozhat.



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### A beavatkozás lehetséges komplikációi:

A kezelés elvégzése közben az alábbi tünetek fordulhatnak elő:

#### Alkalmanként előforduló:

- Bőrkiütés, allergiás reakció léphet fel.
- Késői tünetként bőrpír, gyulladás, fájdalom léphet fel fertőzés vagy steril gyulladás.

#### Ritkán előforduló:

Az érfal sérülése következtében az infúzió a környező szövetekben szaporodik fel, mely duzzanatot, feszítőt, csípő érzést okozhat, ennek észlelésekor az infúzió leállítása, valamint azonnali szakemberi segítség szükséges.

- Láz, vénagyulladás, keringési zavar

Bármilyen tünet, panasz észlelése esetén azonnal jelezni kell az infúziós kezelést végző szakember felé!

### A beavatkozás nem végezhető el az alábbi esetekben:

Vírus infekció, bakteriális fertőzés, lázas állapot, hasmenés, hányinger, hányás esetén a kezelés későbbi időpontra halasztandó.

Egyéni elbírálás esetében amikor a kezeléstől várható a gyógyulás -az infúziós kezelés elvégezhető.

### A beavatkozás utáni teendők:

A beavatkozás után pihenés javasolt. Az infúziós kezelést követő 6 órában járművet ne vezessen.



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### TERVEZETT BEAVATKOZÁS

#### INFÚZIÓS KEZELÉS

### BIZTONSÁGI KÉRDÉSEK ÉS KÖRELŐZMÉNYEK

Kérjük, hogy a beavatkozás biztonsága érdekében az alábbi ívet töltsse ki!

#### 1. ISMERT ALLERGIÁK

Étel	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Fém (nikkel) / Sebtapasz / Gumi / Latex	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Érzéstelenítő szer / Altatószer	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Jód / Röntgen kontraszt anyag	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Egyéb:		
Szenved-e asztmás megbetegedésben, vagy szénanáthás-e?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

#### 2. VÉRALVADÁS

Könnyen alakulnak-e ki Önnél kék foltok vagy orrvérzés?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Szed-e Ön véralvadást befolyásoló gyógyszert? (Syncumar, Plavix, Aspirin, stb.)	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

#### 3. SZÍV / ÉRRENDSZER

Terhelésre van-e légszomja?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Előfordul-e mellkasi szorító fájdalom?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Volt-e már Önnél szívinfarktus?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Van-e magas vérnyomása?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Egyéb szív- és érrendszeri megbetegedés?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

#### 4. ANYAGCSEREZAVAROK

Van-e Önnél pajzsmirigy betegsége?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Van-e Önnél cukorbetegsége?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Van-e Önnél vesebetegsége?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

#### 5. FERTŐZÉSES BETEGSÉGEK

Jelenleg van-e Önnél bármilyen fertőző betegsége?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Amennyiben igen, milyen fertőzés?		

#### 6. EGYÉB BETEGSÉGEK

Pl.: Epilepszia, pszichés megbetegedések, rosszindulatú daganat.

#### 7. SEBGYÓGYULÁS

Volt már Ön operálva?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Ha igen, előfordult-e: erős vérzés, tályog, gennyesedés, sipoly, zavart sebgyógyulás, erős hegszövet képződés?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Volt-e Önnél trombózis, embóliája?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Szed-e Ön csonttrikulásra gyógyszert? Ha igen, melyet?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### 8. ÁLTALÁNOSÁGOK

Dohányzik-e?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Fogamzó képes hölgyek esetében: lehetséges, hogy Ön terhes?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Szed-e rendszeresen gyógyszert? Ha igen, mit?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

### 9. FELÜGYELETI KÉRDÉSEK

- Beavatkozást követő első 24 órában elérhetősége

Név:
Cím:
Telefonszám:
Hazajutás történni fog:
<input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Kocsi <input type="checkbox"/> Mentő <input type="checkbox"/> Tömegközlekedés
Kísérő neve:

Vészhelyzet esetére rendelkezésére áll-e autó, taxi, hogy orvoshoz, kórházba szállítsa?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
Otthonában történő orvosi felügyelet ki által:		
Fent megnevezett tartózkodási hely orvosa által 30 perc alatt megközelíthető-e?	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

### 10. ÖN KÉRDÉSEI ORVOSÁHOZ

--

### 11. ORVOS MEGJEGYZÉSEI, KIEGÉSZÍTÉSEI A BETEGTÁJÉKOZTATÓ BESZÉLGETÉSHEZ

--

## A INFUZIÓS KEZELÉS ELVÉGZÉSÉNEK ELUTASÍTÁSA (az orvos tölti ki)

- A páciens több gondolkodási időt kér.
- A beteg a tájékoztató átbeszélése ellenére elutasítja a kezelést.

Az elutasítás okaként a páciens a következőt jelöli meg: .....

A mintavétel/vizsgálat elmaradása esetén tudomásul veszem, hogy a diagnózis felállításának nehézsége pontatlan diagnózishoz, így kezeléshez, állapotromláshoz vezethet.

Dátum ..... Óra ..... Perc .....

--

Páciens gondviselő aláírása

--

Törvényes képviselő (cselekvőképtelen / korlátozottan cselekvőképes páciens esetében) aláírása

--

Orvos aláírása



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

- Ezen tájékoztató elolvasása és az orvossal való felvilágosító beszélgetést követően teljesen informáltnak és felvilágosítottnak érzem magam. A lehetséges komplikációkat átbeszéltük.
- A kezelő orvos gondosan megvizsgált, részletes tájékoztatást kaptam saját beavatkozásom várható kimeneteléről, annak idejéről, anyagi terheiről, lehetséges kockázatairól, melyek a megfelelő elővigyázatosság ellenére is felléphetnek. A kérdéseim – különösen a INFÚZIÓS KEZELÉS előnyeiről/hátrányairól, kockázatairól és lehetséges komplikációkról, illetve alternatíváiról kielégítően – megválaszolásra kerültek.

Egyetértek azzal, hogy a kezelő orvos utasításait követni kell. Pontos beszámolót adtam fizikai, szellemi, egészségi állapotomról, semmit nem titkoltam el. Elmondtam minden korábbi allergiás, rendellenes reakciót, amit gyógyszerekkel, élelmiszerekkel, érzéstelenítő szerekkel, orvosi, fogorvosi kezelésekkal kapcsolatban tapasztaltam. Amennyiben jelenleg kezelés alatt állnék bármilyen egészségi probléma miatt, igazolom, hogy az ajánlott beavatkozást, vizsgálatot egészségügyi gondozómmal megbeszéltem, és megkaptam a jóváhagyást ahhoz, hogy ezen eljárásnak vessem alá magam.

- Elegendő időt kaptam a INFÚZIÓS KEZELÉS folyamatának és a kapcsolódó előnyöknek és kockázatoknak a mérlegelésére és megértésére.
- Lehetőséget kaptam a kérdések feltételére, amelyek megválaszolásra kerültek és elfogadhatóak voltak számomra.
- A további terápiás konzekvenciákról a felvilágosítást megkaptam. Egyéb kérdés részemről nincs.
- Kielégítő tájékoztatást kaptam az ambuláns beavatkozást követő előírásokról, mint pl.: pihenés, gyógyszer szedés, szájjápolás.
- Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatásnak megfelelően a beavatkozást kizáró körülmény személyemnél nem áll fenn.
- Kijelentem, hogy a beavatkozási módszerrel kapcsolatosan a tájékoztatás számomra érthető, életkoromra, iskolai végzettségemre, ismereteimre, lelkiállapotomra tekintettel, annak figyelembe vételével történt.
- Tudomásul veszem, hogy a beavatkozást saját döntésem és felelősségem alapján veszem igénybe, ez alapján kérem annak elvégzését az ismertetett kockázati tényezők figyelembe vételével, annak tudomásul vételével.
- A INFÚZIÓS KEZELÉS elvégzéséhez megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom, kérem a beavatkozás elvégzését.

Dátum ..... Óra ..... Perc .....

Páciens gondviselő aláírása

Törvényes képviselő (cselekvőképtelen / korlátozottan cselekvőképes páciens esetében) aláírása

Orvos aláírása