

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

Kezelés megnevezése: infúzió

Kezelést végző orvos neve:

Páciens neve:

Születési ideje:

Lakcíme:

Telefonszáma:

Kezelés időpontja:

Tisztelt Páciensünk!

A jelen tájékoztató az **INFUZIÓS KEZELÉSEKRŐL** tartalmaz alapvető információkat. Azt, hogy az Ön esetében miért tanácsolt a beavatkozás, a kezelést végző orvosa szívesen elmagyarázza. A beavatkozás előnyei és hátrányai is bemutatásra kerülnek a tájékoztatóban.

Azokat a kérdéseket, amelyek a tájékoztató elolvasása után Önben felmerülnek, kérjük, beszélje meg kezelő orvosával!

Mikor indokolt a beavatkozás?

Az Ön részére az aktuálisan fennálló és Ön által észlelt tünetei/betegségei/ megjelölt céljai alapján kezelőorvosa javasolja az infúziós kezelés elvégzését. Az infúziós kezelésre több alkalmas kezeléssorozat is indokolt lehet (általában 5-10 alkalom), a kezelőorvos döntése szerint.

Az infúziós kezelés menete

Az infúziós kezelések különösebb előkészületet nem igényelnek. Nem szükséges éhgyomori állapot, folyadék fogyasztása is megengedett és a rendszeresen szedett gyógyszereket sem kell elhagyni, kivéve, ha a kezelést végző orvos ezt javasolja. A kezelés során az alkalmazott készítmény típusát és dózist a kezelést végző orvos határozza meg.

A kezelés megkezdése előtt bizonyos infúzió-típusok esetén (például IRON, MEMORY) szükség lehet vérnyomásmérésre a kezelőorvos döntése alapján, 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, utána 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 elvégzése közben az alábbi tünetek fordulhatnak elő:

Alkalmanként előforduló:

- Bőrkiütés, allergiás reakció léphet fel
- Késői tünetként bőrpír, gyulladás, fájdalom léphet fel

Ritkán előforduló:

- Az érfal sérülése következtében az infúzió a környező szövetekben szaporodik fel, mely duzzanatot, feszítő, 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 javulás -az infúziós kezelés elvégezhető.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A jelen tájékoztató elolvasása és a kezelőorvossal való felvilágosító beszélgetést követően kijelentem, hogy a következő pontokat megértettem, és tudomásul veszem:

- A lehetséges komplikációkat átbeszéltük.
- A kezelőorvos megvizsgált, részletes tájékoztatást kaptam az INFÚZIÓS KEZELÉS vagy KEZELÉSSOROZAT várható kimeneteléről, annak idejéről, anyagi terheiről, lehetséges kockázatairól, melyek a megfelelő elővigyázatosság ellenére is felléphetnek. A kérdéseim – különösen az INFÚZIÓS KEZELÉS előnyeiről/hátrányairól, kockázatairól és lehetséges komplikációkról – megválaszolásra kerültek.
- Az INFÚZIÓS KEZELÉS/KEZELÉSSOROZAT megkezdése előtt időt kaptam a kezelés folyamatának és a kapcsolódó előnyöknek és kockázatoknak a mérlegelésére és megértésére.
- Lehetőséget kaptam a kérdések feltételére, amelyek megválaszolásra kerültek és elfogadhatóak voltak számomra.
- Egyetértek azzal, hogy a kezelőorvos utasításait követni kell minden egyes kezelés során. Pontos beszámolót adtam fizikai, szellemi, egészségi állapotomról, semmit nem titkoltam el, és erre kötelezem magam a teljes kezeléssorozat alatt is. Elmondtam minden korábbi allergiás, rendellenes reakciót, amit gyógyszerekkel, élelmiszerekkel, érzéstelenítő szerekkel, orvosi, fogorvosi kezelésekkkel kapcsolatban tapasztaltam.
- INFÚZIÓS KEZELÉSSOROZAT esetén vállalom, hogy kezelőorvosommal minden egészségügyi információt megosztok az egyes alkalmak során, különösen azokat a változásokat, amelyek a kezeléssorozat alatt következnek be.

- Amennyiben jelenlegi kezelés vagy a kezelés-sorozat bármely alkalma során kezelés alatt állnék bármilyen egészségi probléma miatt, vállalom és nyilatkozom, hogy az INFÚZIÓS KEZELÉST egészségügyi gondozómmal előzetesen megbeszélem, és kizárólag annak jóváhagyást követően vetem alá magam az eljárásnak. A jóváhagyás bizonyítása engem terhel.
- Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatásnak megfelelően az INFÚZIÓS KEZELÉST kizáró körülmény személyemnél nem áll fenn, és vállalom, hogy INFÚZIÓS KEZELÉSSOROZAT esetén minden egyes alkalommal e tájékoztatónak megfelelően eljárva betartom a szükséges előírásokat és orvosi utasításokat, valamint a kizáró körülményt haladéktalanul közlöm kezelőorvosommal.
- Tudomásul veszem, hogy az INFÚZIÓS KEZELÉST/KEZELÉSSOROZATOT saját döntésem és felelősségem alapján veszem igénybe, ez alapján kérem annak elvégzését az ismertett kockázati tényezők figyelembevételével, annak tudomásul vételével.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezeléseim során felmerülő személyes adataimat az orvosi titoktartás szabályainak betartása mellett, az Adatkezelési Tájékoztatóban foglaltak szerint megőrizték.
- Az INFÚZIÓS KEZELÉS vagy KEZELÉSSOROZAT elvégzéséhez megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom, kérem a beavatkozás elvégzését.

Kelt, _____

Páciens aláírása

Kezelőorvos aláírása