



## Betegtájékoztató, beleegyező nyilatkozat ideiglenes ritmusszabályzó (pacemaker) alkalmazásához

Tolna Megyei Balassa János Kórház 7100 Szekszárd, Béni Balogh Ádám utca 5-7. Tel.: 74-501-600 [www.tmkorhaz.hu](http://www.tmkorhaz.hu)

1 / 1  
oldal

### Kedves Betegünk, Tisztelt hozzátartozó!

Az Ön részére ideiglenes szívritmus szabályzó beültetése vált szükségessé. A szívritmuszavarok bizonyos formáiban, amelyek a szív működés lassulásával járnak, a normális pulzusszám (szívfrekvencia) biztosításához szívritmusszabályzó (PACEMAKER) beültetése szükséges.

#### A beavatkozás menete:

A kezelőorvostól kapott szóbeli tájékoztatás és az Ön beleegyezését követően végezzük el a beavatkozást. A kanül behelyezése a sterilitás szabályainak betartásával történik. A bőrfertőtlenítést követően az orvos a nyaki illetve a kulcscsont alatti nagyvénába vezeti a kanült. A szúrásnál kisebb fájdalmat, nyomást fog érezni, de nagyon fontos, hogy a beavatkozás alatt ne mozogjon, és tartsa be az orvos utasításait!

A kanül behelyezését követően a kanült rögzíti az orvos apró öltésekkel a bőrhöz, majd steril fedőkötést kap a szúrás helyének, és kanül védelme érdekében.

**Fontos**, hogy a kötést, a szúrás helyét a víztől, felázástól óvja! A kötés mindig legyen száraz!

#### A szövődmények lehetőségének csökkentése érdekében tájékoztassa kezelőorvosát

- esetleg meglévő gyógyszer és egyéb allergiáról például jód, Lidocain, antibiotikum
- meglévő gyógyszeres kezeléssel, azaz véralvadást csökkentő, vagy egyéb véralvadást befolyásoló gyógyszerek szedéséről, mint: Aspirin protect, Syncumar, Fraxiparine, Fragmin, Clexan
- illetve Ön által ismert vérzékenységről, ismert egyéb betegségről.

**Lehetséges szövődmények:** ritkán légmell, illetve vérömleny kialakulása a szúrás helyén előfordulhat, ezek elhárítása végett megfelelő óvintézkedéseket tesz az operatőr. Azonban, ha e szövődmények mégis előfordulnak, azok sebészeti ellátással gyógyíthatóak. A behelyezett kanült több napon keresztül is használjuk, annak rendszeres fertőtlenítését a nővérek elvégzik, a fertőzéses szövődmények megelőzése érdekében.

### Beleegyező nyilatkozat

Alulírott,....., sz.idő:....., Taj szám:.....

lakcím:....., beleegyezem abba, hogy a betegtájékoztató elolvasását és megfelelő szóbeli tájékoztatást követően, a centrális véna kanülálást, illetve ennek során szükséges beavatkozásokat elvégezzék.

Orvosom, Dr. .... tájékoztatott egészségi állapotomról, annak értékeléséről, a tervezett beavatkozás céljáról, módjáról, előnyeiről és kockázatairól, az esetlegesen választható egyéb beavatkozásokról és azok lehetséges kockázatairól. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is, a közölteken kívül felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat. A szóban feltett kérdéseimre a kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam. Minden elhangzott és elolvasott tájékoztatást teljes egészében megértettem, tudomásul vettem, további vagy bővebb tájékoztatásról kifejezetten lemondok. Tudomásom van róla, hogy beleegyező nyilatkozatomat a kezelés során bármikor megváltoztathatom, visszavonhatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Szekszárd, .....  
dátum

.....  
beteg / törvényes képviselő aláírása

Aláírással igazolom, hogy a beteget részletesen tájékoztattam a centrális vénás kanül beültetésének céljáról, módjáról és a beavatkozás esetleges veszélyeiről:

.....  
kezelőorvos aláírása  
P.H.