

1. Cím:	Beleegyező nyilatkozat művesekezéleéshez	Dokumentum szám: HU-CR-09-60
2. Érvényességi terület:	FMC magyarországi szervezeti egységei	Változat szám: 02

### Process Owner

Név	Funkció	Dátum / Aláírás
dr. Ladányi Erzsébet	CMED	Log - QMS

### Jóváhagyók

Név	Funkció	Dátum / Aláírás
Tamás Orsolya	QA	Log - QMS
Szarvák János	LMR	Log - QMS
Berkes Attila	GM	Log - QMS

### Változáskövető

Rev.	Változás leírása	Változás oka
02	Formai módosítások történtek.	Éves felülvizsgálat
02	Legközelebbi hozzátartozó neve mellett a telefonszámának kitöltése is feltüntetésre került.	Éves felülvizsgálat

### Rövidítések / Kapcsolódó dokumentumok

<u>Rövidítések:</u>	<u>Kapcsolódó dokumentumok:</u>

## Beleegyező nyilatkozat művesekezeléshez

Alulírott ..... (név)

..... (szül. idő)

..... (cím)

tanúsítom, hogy engem Dr .....  
.....

kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

**Betegségem:** Művesekezelést indokló veseelégtelenség.

**A javasolt gyógymód:** Géppel történő művi méregtelenítés: művesekezelés (hemodialízis). Helyette más gyógyszeres és diétás kezelés nem alkalmazható.

Az életfontosságú veseműködés oly mértékben csökkent, hogy a szervezetben képződő mérgező salakanyagot és a felesleges folyadékot a vesék már nem tudják kellő mértékben eltávolítani, ezért szükséges a vér gépi úton történő tisztítása és a megtisztult vérnek a szervezetbe történő visszajuttatása, valamint a fölösleges folyadék eltávolítása.

### **A kezelés menete:**

A kezeléshez szükséges vért nagyvéna katéteren keresztül vagy a korábban kialakított Cimino fisztulából nyerik.

A vért a művese készülék folyamatosan, átlagban 4-6 órán keresztül egy szervezetbarát műanyag szűrőn, az ún. dializátoron átáramoltatva megtisztítja, majd az érpályába juttatja vissza.

A kezelést szakképzett ápoló végzi, orvos felügyelete mellett.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás során, szakszerű kezelés esetén is ritkán, de fordulhatnak elő szövődmények:

- fejfájás, hányinger, izomgörcs
- allergiás (túlérzékenységi) reakció
- vérnyomás-ingadozás
- a kezelés természetéből adódón vérrel történő fertőzés átvitele – hepatitisz (májgyulladás) és egyéb vírusfertőzések különböző formái - minimális előfordulási gyakorisággal.

Amennyiben ezt a beavatkozást visszautasítom, tudomásul veszem, hogy helyettesítésére bizonyos esetben a hasúri, ún. peritoneális dialízis szolgálhat. Amennyiben, a részletes orvosi tájékoztatás ismeretében, azt is visszautasítom, tudomásul veszem, hogy a kezelést felajánló orvosokat és munkatársaikat állapotom további romlásáért vagy a kezeléseket elmaradásából eredő legsúlyosabb következményért, a törvényszerűen bekövetkező halálomért, semmiféle felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatom visszavonásig érvényes.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról az alábbiakat rendelem el:

Teljes körűen tájékoztható\*

Kérésükre sem tájékoztható\*\*

Név: .....

.....

Telefonszám:.....

.....

#### A művesekezelésbe

beleegyezem\*\*\*

nem egyezem bele\*\*\*

..... 20..... év ..... hó ..... nap.

.....

.....

orvos aláírása / orvosi pecsét

beteg v. törvényes képviselőjének aláírása

\*Egy legközelebbi hozzátartozó nevét és telefonszámát kérjük ideírni

\*\* Nevet, neveket kérünk felsorolni

\*\*\*Nem kívánt rész törlendő