BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT TARTÓS VÉNAKANÜLÁLÁS ELVÉGZÉSÉHEZ

Alulírott,.....az orvosomtól a szükséges felvilágosítást megkaptam és ennek ismeretében a tartós vénakanülálás beavatkozás elvégzéséhez beleegyezésem adom.

Orvosom, Dr.....felvilágosított a beavatkozás szükségességéről valamint a lehetséges szövődményekről.

A beavatkozásra azért van szükség, hogy a vénás injekciókat úgy tudják alkalmazni, hogy ne kelljen mindig injekciózni a vénámat, illetve így a kezemet mozgathatom infúzió alatt, mivel a hajlékony tartós vénakanül ezt megengedi. Az infúzió vénán kívülre jutásának esélye kisebb.

A beavatkozás során (bőrfertőtlenítés után) a véna nagyságának megfelelő átmérőjű tővel megszúrjuk a vénát, Szúrás után a tűt eltávolítjuk, a vénában csak egy szövetbarát műanyag kanül marad. Vérvételre a kanül csak közvetlenül a behelyezés után alkalmas, ezt követően vérvétel miatt meg kell szúrni máshol a vénámat. A kanül alkalmas injekciók, infúziók adására, mindaddig, amíg be nem alvad, illetve a visszér (véna) be nem gyullad. A kanült általában 4-5 nap múlva mindenképpen el szoktuk távolítani, hogy a gyulladást elkerüljük.

A kezelések után a műanyag kanült 0,1 ml Na Heparinnal zárjuk le,hogy a bealvadást megakadályozzuk. Ebből kis mennyiségű heparin a szervezetébe jut.

<u>A beavatkozás lehetséges szövődményei:</u>

1. A beszúráskor, szíváskor a véna átlyukadhat, a heléyn véraláfutás keletkezhet.
2. A véna begyulladhat, benne vérrög is keletkezhet.

A fentieket tudomásul veszem és megértem, hogy a beavatkozásnak bár van szövődménye, de a beavatkozás nem elvégzése hátráltatja a gyógyulásomat. Az alternatív lehetőségekről felvilágosítást kaptam. Kérdéseimet orvosom szóban megválaszolta.

A fentieket tudomásul veszem és ezt aláírásommal igazolom.

Kazincbarcika,.....év.....hó.....nap

..... ph. .....

kezelőorvos aláírása beteg aláírás

A vizsgálat szükségességéről és elmaradásának következményéről a felvilágosítást megkaptam, mindezek ellenére a beavatkozás elvégzéséhez nem járulok hozzá.

.....

Beteg/törvényes képviselő

Kazincbarcikai Kórház
3700 Kazincbarcika, Május 1. út 56.
Tel: +36 (48) 514-800 Fax: +36 (48) 514-861