

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT PERIFÉRIÁS VÉNABIZTOSÍTÁS ELVÉGZÉSÉHEZ

Alulírott (beteg neve:.....)(szül.idő.).....
az orvosomtól a szükséges felvilágosítást megkaptam és ennek ismeretében a perifériás
vénabiztosítás elvégzéséhez beleegyezésem adom.

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

A beavatkozásra azért van szükség, hogy a vénás injekciókat úgy tudjuk alkalmazni, hogy ne
kelljen minden egyes injekció/ infúzió beadásakor megszűrni a vénát, illetve így a kezemet
mozgathatom infúzió alatt, mivel a hajlékony vénakanül ezt megengedi. Az infúzió vénán kívülre
jutásának esélye kisebb.

A beavatkozás során karleszorítás, és bőrfertőtlenítést követően a véna nagyságának
megfelelő átmérőjű tűvel megszűrjük a vénát. Szűrés után a tűt eltávolítjuk, a vénában csak egy
szövetbarát műanyag kanül marad, amelyet ragasztóval rögzítünk. Vértételre a kanül csak
közvetlenül a behelyezés után alkalmas. A kanült általában 72 óra múlva mindenképpen el
szoktuk távolítani, hogy a gyulladást elkerüljük.

A kezeléseket után a műanyag kanült 0,1 ml Na- Heparinnal, vagy 0,9% Sóoldattal zárjuk le, hogy
a bealvadást megakadályozzuk. Ebből kis mennyiségű heparin a szervezetébe jut.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

1. A beszúrásakor, szívásakor a véna átlukadhat, a helyén 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 aláírással igazolom.

Kazincbarcika,.....év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg aláírása

