

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Haemodialyzáló kanül bevezetése		
Változat: 02	Hatályos: 2014.08.07.	1.oldal a(z) 3 oldalból	Módosítás 1
Dokumentum száma: Bny./I./09.	Hatályba helyezte: Dr. Inczeffy István főigazgató		

Beteg neve: ..... TAJ szám: .....

### Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy a javasolt haemodialysis (vesepótló) kezelés kivitelezése érdekében nagy központi vénás katéter bevezetése válik szükségessé. A Siófoki Kórház-Rendelőintézet Intenzív Osztályának gyógyító csoportja a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy mindent mérlegelve döntsön és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

#### A beavatkozás célja:

Az Ön jelen egészségi állapotában a károsodott veseműködés pótlásához, és/vagy az állapotromlását okozó mérgeanyag eltávolításához vesepótló kezelésre (dialíziskezelés) van szükség. Általában egy kezelés nem elégséges, ezért ennek további elvégzéséhez egy tartósan (napok-hetek) alkalmazható, megbízhatóan működő vénás katéterre van szükség. A kar vénái erre hosszabb távon nem alkalmasak. Járulékos nyereségként a z esetleges további vérvételeket is ezen a kanülon keresztül tudjuk végezni, megkímélve Önt a vérvétel kellemetlenségeitől.

A vénás katéter bevezetésének célja a vesepótló (haemodialysis) kezelés kivitelezése.

A haemodialysis (művese) kezeléshez megfelelő véráramlás szükséges, mely megfelelően működő, nagy véna katéter segítségével érhető el. A katéter lehet átmeneti vagy végleges vérvételi lehetőség.

**Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):** .....

#### A tervezett beavatkozás időpontja: .....

Amennyiben indokolt, a beavatkozás elvégzése mielőbb szükséges. A vesepótló kezelés késedelmes megkezdése további egészségromláshoz vezethet.

#### Hogyan történik a beavatkozás?

Hátonfekvő helyzetben, a kulcscsont felett, alatt vagy a nyak valamelyik oldalán történik a centrális véna felkeresése helyi érzéstelenítést követően, speciális tűvel és katéter szettel. A beavatkozáshoz gyakorlatilag műtéti sterilitást (bőrfertőtlenítés, izolálás, bemosakodás, stb.) biztosítunk. Egyes esetekben a beavatkozáshoz ultrahangot is használunk.

#### Egészségi állapotomban várható változás:

A beavatkozás céljainál említett diagnosztikus és therápiás beavatkozások végzésével gyógyítását hatékonyabban tudjuk folytatni.

#### Szövődmények

Gyakori (kb. 1/20 eset): vérzés (vénából vagy artériából, vérhígító gyógyszerek szedése ezt fokozhatja, ultrahang használata az esélyét csökkentheti). Szívritmuszavar (a speciális vezetődrót szívbe jutásakor alakulhat ki, a drót eltávolításával azonnal megszűnik).

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Haemodialyzáló kanül bevezetése</b>		
<b>Változat: 02</b>	<b>Hatályos: 2014.08.07.</b>	<b>2.oldal a(z) 3 oldalból</b>	<b>Módosítás 1</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./I./09.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Inczeffy István főigazgató</b>		

Kevésbé gyakori (kb. 1/50 eset) légmell (a mellhártya esetleges sérülésekor kialakult levegőgyülem, mely szívókezeléssel eltávolítható). A kanül fertőződése (perifériás kanülökhöz képest kisebb eséllyel, igen tartós - több hét - kanülhasználat esetén).

Ritka (kevesebb, mint 1/100): légembólia (levegő jut az érpályába, mely szívókezeléssel eltávolítható), idegsérülés (az esetek döntő részében átmeneti), mellkasi folyadékfelszaporodás (amennyiben a kanül vége a mellüregbe ér, az érpályán kívül). A kanül vastagsága miatt, a (kifejezetten ritka) esetleges artériába történő bevezetésekor jelentős, akár műtéti (érsebészeti) beavatkozást igénylő vérzés is kialakulhat.

A szövődmények elkerülésére, elhárítására felkészültünk.

### **Milyen következménye lehet, ha elmarad a beavatkozás?**

Amennyiben a nagy véna kanül bevezetését elutasítja, úgy tudomásul veszi, hogy a vesepótló kezelést megfelelő hatékonysággal biztosítani nem tudjuk.

### **Milyen alternatív megoldás lehetséges?**

Ideális esetben a vesepótló kezelés átmenetileg a kar nagyvénába helyezett két kanül segítségével is elvégezhető. Ehhez azonban egyrészt megfelelő állapotú vénák, másrészt minden egyes kezeléskor újabb és újabb kanülálás szükséges. Ezen alternatív módszer stabil állapotú, krónikusan dializált betegek átmeneti kezelésére ideális. Heveny állapotrosszabbodáskor, különösen súlyos állapotú betegeknél nem bevett eljárás, hatékonysága elmarad a javasolt kezelési módtól.

Krónikus veseelégtelen betegeknél tartós, bőr alá ültetett kanült, vagy sebészileg készített arteriás-vénás áthidalást (ún. Cimino-fisztulát) használnak nephroológus kollegáink, azonban ezek elkészítése, használatba vétele több hetet vesz igénybe, így az Ön esetében nem választható megoldás.

### **Mi a teendő beavatkozás előtt?**

Tekintettel arra, hogy a beavatkozás sürgős, Önnek különösebb megelőző teendője nincsen.

A szúrás tervezett helyén és környékén a ruházatát távolítsa el. Otthonában szedett gyógyszereiről (különösen vérhígító gyógyszereiről vagy injekcióiról), gyógyszerallergiáról (különösen: Lidocain) kezelőorvosát tájékoztassa.

### **Mire kell ügyelni a beavatkozást követően?**

A behelyezett eszközökhöz lehetőleg ne nyúljon (különösen veszélyes azok húzása), mosakodásnál, borotválkozásnál a területet kerülje el. Amennyiben a kanül helyén fájdalmat, érzékenységet, bőrpírt, duzzanatot tapasztal, vagy a kanül használatakor fájdalom jelentkezik, esetleg megmagyarázhatatlan lázat tapasztal, kérjük mielőbb jelezze azt a kezelő személyzetnek! A kanült fedő kötés meglazulása esetén szintén.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Haemodialyzáló kanül bevezetése		
Változat: 02	Hatályos: 2014.08.07.	3.oldal a(z) 3 oldalból	Módosítás 1
Dokumentum száma: Bny./I./09.	Hatályba helyezte: Dr. Inczeffy István főigazgató		

### **Beleegyezési nyilatkozat**

Kijelentem, hogy számomra érthető módon kaptam tájékoztatást, a fenti beavatkozásról, lehetőségem volt kérdés feltevésére, a tájékoztatást megértettem, mindezek alapján hozzájárulok és kérem a beavatkozás elvégzését.

.....  
tájékoztatót adó orvos neve

.....  
beteg / törvényes képviselő aláírása

1. Tanú:.....  
aláírás

2. Tanú:.....  
aláírás

(Írástudatlan személynél két tanú jelenlétével kell feljegyezni a beleegyezést.)

Siófok, ..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

### **Elutasító nyilatkozat**

Kijelentem, hogy számomra érthető módon kaptam tájékoztatást a beavatkozás elmaradásának kockázatáról, lehetőségem volt kérdés feltevésére, a tájékoztatást megértettem, mindezek alapján nem járulok hozzá a beavatkozás elvégzéséhez, kezelőorvosomat a beavatkozás elmaradásával kapcsolatban a felelősség alól mentesítem.

.....  
tájékoztatót adó orvos neve

.....  
beteg / törvényes képviselő aláírása

1. Tanú:.....  
aláírás

2. Tanú:.....  
aláírás

Siófok, ..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!