

Beteg neve: @@paciens\_neve Születési neve: @@születési\_neve  
Anyja neve: @@anyja\_neve  
Született: @@pac\_szul\_hely @@szüldátum  
Lakcím: @@áll\_irányítószám @@áll\_település @@áll\_utca\_házzsám  
TAJ száma: @@taj\_maskszam

## Tisztelt Betegünk!

Kérjük olvassa el az alábbi tájékoztatót és amennyiben beleegyezését adja a tervezett beavatkozáshoz, aláírásával erősítse meg.

### Az Ön betegsége:

Az agy egy részének vérellátása megszűnt, mert egy vérrög akadályt képez a vér útjában. Ezen agyterület működésének kiesésée okozza panaszait (pl. mozgászavar, beszédzavar, érzészavar, látászavar...stb.)

### A tervezett beavatkozás:

Szervezetébe egy ún. perifériás vénán át egy órán keresztül egy olyan véralvadásgátló gyógyszert adunk, mely képes lehet a vérrög oldására.

### A beavatkozás haszna, előnye:

Amennyiben az Ön agyállomány elhaláshoz vezető agyi keringészavarát egy vérrög okozza, várható annak oldódása, az elzáródás mögötti terület ismételt keringése, az ellátható terület teljes, vagy részleges megmentése. A jó kimenetel esélye a gyógyszerrel: 31-50 %, anélkül: 20-38%.

### A lehetséges szövődmények:

Szakszerű beavatkozás ellenére is előfordulhatnak súlyos, életveszélyes szövődmények:

- a szerrel szembeni allergia
- jelentősebb vérzés
- ugyancsak előfordulhat a már elhalt agyterület „rávérzése” is, mely idegsebészeti beavatkozást tehet szükségessé.

A vérzéses szövődmény kialakulása 6,4 % a vérrögoldó gyógyszer mellett, anélkül 0,6 %. Azonban a vérzéses szövődmény kialakulása a vérrögoldó gyógyszer mellett nem emeli a halálozás kockázatát a vérrögoldó kezelés nélküli kezelés halálozásához képest.

Mindezen szövődmények irányában szorosan megfigyeljük-elhárításukra felkészültünk.

### A beavatkozás visszautasításának várható következményei:

A felajánlott kezelési mód egy esély, hogy az enélkül biztosan elhaló agyterületből minél nagyobb rész funkcióját megőrizzük. A kezelés elhagyása nagy számú elemzés alapján a túlélés elélyeit minőségi és mennyiségi vonatkozásban egyaránt csökkenti.

**A fenti tájékoztatót megkaptam, megértettem, minden kérdésemre kielégítő választ kaptam. A felajánlott beavatkozást elfogadom, abba beleegyezem.**

Dátum: Salgótarján, @@sys\_dátum\_hosszú

Beteg

Kezelő orvos

Tanú

Tanú