

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház
Miskolc

Bőrgyógyászati Osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Nagy Gabriella
3529 Miskolc, Csabai kapu 42.

Beleegyezési nyilatkozat
a szubkután biológiai terápiák otthoni beadásához

Név: _____

Dátum: _____

Ön oktatásban részesült a szubkután injekció önmaga számára történő beadásának módjáról. _____ alkalommal adta be magának az injekciót felügyelet alatt. Ön már képes arra, hogy ezeket az injekciókat otthon beadja magának az elsajátított technika alkalmazásával. Mielőtt erre sor kerül, nyilatkoznia kell, hogy Ön erre szívesen vállalkozik, és teljes mértékben érti a folyamatot.

Kérjük, olvassa el az alábbi állításokat és a megfelelő helyre tegyen pipát:	igen	nem
1. Írásos tájékoztatást kaptam arról, hogyan kell beadnom az injekciót.		
2. Tájékoztatást kaptam a kezeléssel kapcsolatban.		
3. Van otthon hűtőszekrényem, ahol az injekciót biztonságosan tárolhatom.		
4. Kisgyerekek is hozzáférhetnek az otthoni hűtőszekrényemhez. Amennyiben erre a kérdésre igen a válasz, válaszolja meg az 5. kérdést is.		
5. Tisztában vagyok azzal, hogy az injekciókat hűtőszekrényben, gyermekektől elzárva kell tárolnom.		
6. A fecskendőt / injekciós tollat problémamentesen tudom használni.		
7. Meg tudom mutatni azokat a területeket, ahova az injekciót beadhatom.		
8. Biztos vagyok abban, hogy az injekciót szubkután módon (a bőr alá) be tudom adni.		
9. Tudom, hogy a használt tűt / fecskendőt / injekciós tollat biztonságos helyen, a számomra biztosított veszélyes hulladékok dobozában kell tárolnom.		
10. Tudom, mi a teendő probléma esetén.		
11. Tudom, hogyan tároljam a veszélyes hulladékok dobozát, valamint a többi hulladék anyagot.		
12. Beismerem, hogy az én felelősségem a fertőzések azonnali jelentése, a részvétel a nyomon követésben.		

A beteg aláírása: _____

Dátum: _____