



## ***BETEGTÁJÉKOZTATÓ – Terápiás aferezis - Plazmaferézis***

**KEDVES BETEGÜNK!**

### **A kezelés célja:**

**Kezelőorvosa a rendelkezésre álló klinikai adatok és vizsgálati eredmények összegzése során az alábbi betegség diagnózisát állapította meg az Ön esetében:**

.....

Betegségét bizonyos fehérvérsejtek hibás, túlzott működése okozza, mely saját kulcsfontosságú molekulák elleni, ellenanyag termelésével jár (autoimmun reakció). Ezen ellenanyagok gyulladást keltenek és tartanak fenn, mely a célmolekulákat tartalmazó sejtek és struktúrák károsodását és hibás működését okozzák. Utóbbiak felelősek az Ön által észlelt panaszokért és tünetekért.

**A terápiás aferezis, vagy plazmaferézis célja a fenti ellenanyagok kiszűrése és eltávolítása a vérből, ezzel a gyulladást okozó folyamat megszakítása, a további sejt/ szövetkárosodás kialakulásának megelőzése, mely lehetővé teszi a regenerációt, így a klinikai tünetek javulását.** Az eljárás a fehérvérsejtek működését nem befolyásolja, így az eltávolítást követően az ellenanyagok újra termelődésével kell számolnunk az első 7-10 napban. Emiatt a kezelés ismétlése szükséges általában 3-5 alkalommal, melynek pontos számáról és üteméről kezelőorvosa tájékoztatja.

**Betegsége kapcsán a fenti kezelésnek gyógyszeres alternatívája nincsen, a plazmaferézissel hosszútávon egyező hatékonyságú eljárás a vénás immunglobulin adása, azonban ennek hatása nagyságrendekkel lassabban alakul ki (napok, hetek alatt).**

**A kezelés elmaradása, vagy visszautasítása az adott diagnózistól és a klinikai kép (panaszok és tünetek) súlyosságától függően, súlyos egészségromlás jelentős kockázatával, egyes esetekben légzési elégtelenség, légzés leállás bekövetkezésével járhat, mely akár visszafordíthatatlan is lehet! Ezen kockázatokról az Ön esetében kezelőorvosa adott, illetve ad tájékoztatást.**

### **Előkészítés:**

A kezelés megkezdése előtt a stabil és megfelelő ütemű vérátáramlás biztosítása céljából kulcsfontosságú alatti vagy nyaki nagyvénába (central véna) hemodialízis (HD) kanül behelyezése szükséges. Ezt intenzív terápiás kollega végzi az ide vonatkozó intenzív terápiás szakmai protollok betartása mellett, az Ön részletes tájékoztatását és beleegyezését követően.

A kanül behelyezését és mellkasröntgen felvételt követően a kezelést a Hemobil Kft munkatársa Neurológiai Örzönkben fogja megkezdeni a megfelelő készülékkel.

### **Leírás:**

A kezelés a Neurológiai Őrzőben történik, melynek során Ön végig az ágyában fekszik, folyamatos vérnyomás és pulzus monitorozás mellett. A kezelés fájdalomtalan. A gépet a Hemobil Kft szakembere kezeli, aki az esetleg felmerülő technikai kérdések kapcsán is felvilágosítást tud nyújtani. Emellett szakápoló kollégánk is jelen lesz, akihez kérdéssel, kéréssel fordulhat. A teljes vértérfigat szűrése néhány órát vesz igénybe, ez határozza meg egy-egy kezelés időtartamát.

### **Mi történik kezelés után?**

Kezelést követően kontroll labor vizsgálat, szükség esetén az ionháztartás kisebb eltéréseinek korrekciója, általában calcium pótlása történik. A HD kanül a nagyvénában a helyén marad, eltávolítására az utolsó ütemezett plazmaferézis kezelés után kerül sor. Eltávolítása, cseréje csak indokolt esetben szükséges, ha a átvezetése romlik és a következő kezelés elvégzésére alkalmatlanná válik.

### **Lehetséges szövődmények:**

A HD kanül behelyezésével kapcsolatos lehetséges szövődményekről intenzív terápiás kollégánk fogja tájékoztatni, aki ezek ismeretében informált beleegyezését fogja kérni a kanül behelyezéséhez. A plazmaferézis HD kanül behelyezése nélkül nem végezhető el, így ennek elmaradása súlyos egészségromlás kockázatával járhat.

A plazmaferézis mellékhatásai és szövődményei rendkívül ritkák, emellett Őrző körülmények között, monitorozás mellett, könnyen észlelhetőek és kezelhetőek.

Előfordulhat fejfájás, hányinger, hányás, izomgörcs, fulladás, mellkasi fájdalom, extrém ritkán allergiás reakciók, vérnyomás ingadozás, szívritmus zavar.

Amennyiben bármilyen kellemetlen vagy nem kívánatos hatást észlel a Hemobil Kft szakemberének, vagy szakápoló kollégánknak is jelezheti, aki szükség esetén konzultál kezelőorvosával a további teendők tekintetében.

## Beleegyező nyilatkozat terápiás aferezis – plazmaferézis kezelésbe:

### Ezen nyilatkozat aláírásával:

..... (beteg neve), ..... (TAJ), ..... (születési idő),  
hozzájárulok a fenti kezelés elvégzéséhez.

Tudomásul véve azt, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására, amely esetben az egészségi állapotom alakulásának felelőssége alól kezelőimet felmentem.

Jelen döntésemet minden kényszertől mentesen akkor hoztam, amikor az összes kérdésemre választ kaptam, és azokat megértettem. Elismerem, hogy a tájékozott beleegyezésemhez minden szükséges, általam értett információt megkaptam, és annak átgondolásához elegendő idő állt rendelkezésemre.

..... vagy a .....  
beteg aláírása törvényes képviselő olvasható aláírása\*\*  
szül. adatok:  
lakcím:

.....  
Kezelő és/vagy tájékoztatást végző orvos  
olvasható aláírása, pecsét

**Budapest, 20.....**