



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

## TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GYÓGYÍTÓ DRENÁZSHOZ /CSŐBEHELYEZÉS KÓROS FOLYADÉK LECSAPOLÁSÁHOZ/

Beteg neve: ..... Taj: .....  
Születési hely: ..... Születési idő: .....  
Lakcím, ahol tartózkodik: .....

Tel: .....

Háziorvosának neve és elérhetősége:  
.....  
.....

Kedves Betegünk!

Az Ön szervezetében (mellkasában, hasában, egyebütt) kóros folyadékgyülem keletkezett, melynek gyógyításáról az Ön kezelőorvosa a sebészorvossal egyetértésben úgy döntött, hogy a legjobb mód a folyadék csövön keresztül való lecsapolása lesz, melyhez CT vizsgálat segítségével szeretnénk egy csövet behelyezni az Ön szervezetébe.

Kezelőorvosával részletesen meg kell beszélnie a tervezett beavatkozás szükségességét, indokát, Önnek ismernie kell a vizsgálat menetét, és esetleges szövődményeit.

Kezelőorvosa kérésére az Ön beleegyezésével kerülhet sor a beavatkozásra.

**A drenázs (folyadékcsapolás) lényegének rövid összefoglalása:**

**Jelezze a nyilatkozaton, ha Ön alvadégtároló kezelésben részesül, vagy vérzékenységekben szenved!**

**Vérzékenység esetén a beavatkozás súlyos szövődményekhez vezethet!**

Kérjük feltétlenül közölje velünk, ha foghúzás, vagy műtét során érzéstelenítő injekciótól (Lidocain) rosszul lett. A beavatkozás előtt a bőrét érzéstelenítjük, hogy Önnek minél kevesebb fájdalma legyen.

A beavatkozáshoz a megfelelő testrészét tegye szabaddá.

A vizsgálati asztalon speciális helyzetben kell feküdni, kérjük, ne mozduljon el és tartsa be szakemberünk utasításait, mert csak így lehet gyors és biztonságos a művelet.

Előfordulhat, hogy **intravénás kontrasztanyag injekciót kell adnunk**, hogy a folyadék határai jobban látszódnak. **Közölje, ha kontrasztanyag allergiás** (előző CT vizsgálat, vese-, eperöntgen, érfestés során valamilyen rosszullete volt), ha bármilyen gyógyszerre, ételre, anyagra túlérzékeny. Jelezze a nyilatkozaton is!

Ha Ön cukorbeteg, és **metformin** tartalmú gyógyszereket szed – jellemzően: **Adimet, Maformin, Merckformin, Meforae, Metfogamma, Metrioin (a gyógyszerek neve módosulhat), akkor Ön intravénás szerves jódtartalmú kontrasztanyagot nem kaphat!** Ezért vizsgálat előtt és után két nappal, valamint a vizsgálat napján ezeket a gyógyszereket nem veheti be, azaz öt napig szüneteltetni kell a szedésüket

A bőr érzéstelenítése után kisebb vágáson keresztül helyezik be a fémvezetővel ellátott csövet. A fém eltávolítása után a jó helyzetben lévő csövet az Ön bőréhez rögzítik, és a csövet állandó szívásra helyezik.

A beavatkozás az érzéstelenítés ellenére kisebb fájdalommal járhat, és kisebb vérzés is keletkezhet.

A beavatkozás kockázata minimális sugárterhelés: egy vizsgálat során (több felvétel) kb. 4-5 mSv / az évi megengedett sugárterhelés a népességre 50 mSv/

Ezek a **szövődmények** nem okoznak komoly panaszokat. A beavatkozás után Ön az osztályára, vagy sebészeti osztályra kerül.

Amennyiben kérdése van, forduljon bizalommal munkatársunkhoz.

**Alternatív gyógymód:** a beavatkozásnak nincs alternatívája

A beavatkozás elmaradása akadályozhatja a kórkép diagnosztizálását, és ezért a megfelelő kezelést.

## NYILATKOZAT

Tudomással bírok arról, hogy a tájékoztatás során és azt követően jogom van a további kérdésre. A jelen tájékoztatás elolvasása és az abban foglalt információk értelmezését követően az alábbi kérdéseket tettem fel:

.....  
.....  
.....  
.....

**Beleegyezem**, hogy rajtam – gyermekemen – gondozottamon – gondnokoltamon a fenti vizsgálat megtörténhessen.

**Tanúsítom**, hogy a vizsgálat jellegéről, indokáról, céljáról, várható eredményéről, a beavatkozás kockázatáról, annak gyakori szövődményeiről, – viszketés, bőrpír, súlyosabb esetben verejtékezés, ájulás, gégeduzzanat, - és következményeiről írásban és szóban is részletesen tájékoztattak, és ennek alapján szabadon döntöttem, hogy a szükséges vizsgálatot elvégezhessek.

**Jelen döntésemet minden kényszertől mentesen akkor hoztam, amikor az összes kérdésemre választ kaptam és azokat megértettem. Elismerem, hogy a fenti tájékoztató a beleegyezésemhez minden szükséges információt megadott, a tájékoztatót megértettem és a jelen nyilatkozat aláírását megelőzően elegendő időm volt annak átgondolásához. Tudomásul veszem azt, hogy jogom van a felajánlott kezelés visszautasítására, amely esetben ha okozati összefüggés mutatható ki a kezelés elmaradása és egészségi állapotom esetleges romlása között, a kezelőim felelőssége nem állapítható meg.**

**Intravénás kontrasztanyag beadásához:**

**Hozzájárulok ----- Nem járulok hozzá**  
(megfelelő aláhúzendó)

**Tudomásul veszem**, hogy szakszerű és gondos beavatkozás ellenére is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, - verejtékezés, ájulás, gégeduzzanat, - melyek intenzív kezelést, vagy sürgős műtétet igényelhetnek.

**Terhességre vonatkozó nyilatkozat:**

**A megfelelő rész aláhúzendó:**

**Tudomásom van arról, hogy terhes vagyok, vagy terhességem feltételezhető.**

**Tudomásom szerint nem vagyok terhes, de kérem a terhességi teszt elvégzését**

**Nem vagyok terhes.**

**Amennyiben a fenti, terhességre vonatkozó nyilatkozatot nem teszem meg a CT vizsgálat nem végezhető el.**

**Nyilatkozom arról, hogy a vizsgálatot megelőzően 2 napig, a vizsgálat napján, majd a vizsgálatot követően 2 napig, így összesen 5 napon át szüneteltetem a metformin tartalmú cukorbetegség esetén szokásos gyógyszer szedését.**

**Tudomással bírok azzal, hogy a fenti nyilatkozat aláírása nélkül a vizsgálat csak kontrasztanyag nélkül végezhető el.**

**Beleegyezem**, hogy az általam a kórház részére átadott leleteket és zárójelentéseket lemásolják:

**Igen-----Nem**  
(megfelelő aláhúzendó)

Tudomásom van arról, hogy jogom van a felajánlott kezelés visszautasítására, amely esetben, ha okozati összefüggés mutatható ki a kezelés elmaradása és az egészségi állapotom esetleges romlása között, kezelőim felelőssége nem állapítható meg.

**A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kezelést/vizsgálatot elfogadom.**

Budapest, .....

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

A tájékoztatóban leírtakat megértettem a kezelést/vizsgálatot visszautasítom, a kezelés/ vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele.

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

---

A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

Dátum:.....

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét