



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CT VEZÉRELT DIAGNOSZTIKUS
BEAVATKOZÁSHOZ
/SEJTTANI VAGY SZÖVETTANI MINTAVÉTEL/

Beteg neve: Taj:

Születési hely:..... Születési idő:.....

Lakcím, ahol tartózkodik.....

Tel:.....

Háziorvosának neve és elérhetősége:

Kedves Betegünk!

Önnél betegségének kivizsgálása során valamely szervében kóros eltérést találtak, melynek további tisztázására sejteket, vagy szövethengert kell venni, hogy betegségét pontosan meghatározhassák (gyulladás, daganat, jó-, vagy rosszindulatú folyamat). Kezelőorvosával részletesen meg kell beszélnie a tervezett beavatkozás szükségességét, és indokát, és Önnek ismernie kell a vizsgálat menetét és esetleges szövődményeit.

Kezelőorvosa kérésére, az Ön beleegyezésével kerülhet sor a beavatkozás előjegyzésére

A túbiopsia lényegének rövid összefoglalása:

Előkészület: A szokásos gyógyszereit nyugodtan vegye be, ha a hasából lesz a mintavétel, ne egyen. Ha cukorbetegsége van, közölje velünk.

Kérjük a beavatkozás előtt, legyen, szíves adja át friss laborleleteit. Jelezze a nyilatkozaton, ha Ön véralvadásgátló kezelésben részesül, vagy vérzékenységekben szenved! **A sejt- és szövetmintavétel vérzékenység esetén súlyos szövődményekhez vezethet!**

Kérjük, feltétlenül közölje velünk, ha foghúzás, vagy műtét során érzéstelenítő injekciótól (pl:Lidocain, stb...) rosszul lett. A biopsziás tű beszúrása előtt a bőrét érzéstelenítjük, hogy Önnek minél kisebb fájdalma legyen. A beavatkozáshoz vizsgálandó testrészét tegye szabaddá.

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

Előfordulhat, hogy **intravénás kontrasztanyag injekciót kell adnunk**, hogy a beteg területet jobban láthassuk a túbiopszia alatt. **Közölje, ha kontrasztanyag allergiás** (előző CT vizsgálat, vese-, eperöntgen, érfestés során valamilyen rosszulléte volt), ha bármilyen gyógyszerre, ételre, anyagra túlérzékeny. Jelezze a nyilatkozaton is!

Ha Ön cukorbeteg és metformin tartalmú gyógyszert szed - jellemzően: **Adimet, Maformin, Merckformin, Meforae, Metfogamma, Metrioin (a gyógyszerek neve és hatóanyag tartalma változhat, ezért a hatóanyag tartalomra ügyeljen)-, akkor Ön intravénás jódtartalmú kontrasztanyagot nem kaphat!** Ezért vizsgálat előtt és utána 2 nappal, valamint a vizsgálat napján, így összesen 5 napig a metformin tartalmú gyógyszerek szedését szüneteltetni kell.

Az injekció beadása után előfordulhat, hogy a szúrás helyén bőrpír, kékes elszíneződés keletkezik, mely átmeneti jellegű és borogatásra néhány nap alatt elmúlik. Ha meleg duzzanat és fájdalom jelentkezik a szúrás helyén, az érgyulladásra utal, kérjük, jöjjön vissza hozzánk, vagy keresse fel kezelőorvosát.

A kontrasztanyag injekciótól átmeneti melegségérzés, ritkán csalánkiütés, viszketés, vagy bőrpír alakulhat ki, ha evett a vizsgálat előtt, hányinger is keletkezhet. Súlyosabb esetben – nagyon ritkán – verejtékezés, ájulás, és gégeduzzanat is előfordulhat, ezeket a tüneteket intravénás injekció és infúzió adásával csökkentjük. **Kérjük, ha bármilyen panasza van a kontrasztanyag beadása közben, a**

vizsgálat alatt, vagy utána a kötelező várakozási időben, azonnal közölje velünk! A vénájába beültetett branült csak 15 perc múlva távolítjuk el.

A beavatkozás az érzéstelenítés ellenére kisebb fájdalommal járhat, és a szúrás mentén szervezetében kisebb vérzés keletkezhet, túbiopszia során kisebb vérköpes lehet. Ezek a **szövődmények ritkán fordulnak** elő, és ritkán okoznak komoly panaszokat. A tüdő megszúrása esetén kisebb légmell jöhet létre, mely legtöbbször nem igényel kezelést, úgynevezett leszívást, ritkán azonban előfordulhat légmell, amely miatt leszívásra lehet szükség. Bizonyos esetekben, általában hasi és mellkasi mintavétel után, az Ön érdekében **24 órás kórházi megfigyelés szükséges.**

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

A beavatkozás után tájékoztatjuk, hogy Ön, és orvosa miként fogja megkapni a citológiai, vagy a szövettani lelet eredményét.

Kérjük előző CT és MR filmjei, vagy CD anyagát hozza mindig magával!

Amennyiben kérdése van, forduljon bizalommal munkatársunkhoz.

Alternatív beavatkozás: A beavatkozásnak nincs alternatívája

A beavatkozás elmaradása megnehezíti a helyes diagnózis (kórisme) felállítását.

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, – vizketés, 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 2napig, 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