



Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZABAD HASVÍZ CSAPOLÁSHOZ /ASZCITESZ/

Beteg neve: Taj:

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

Lakeím, ahol tartózkodik.....

.....

Tel.:.....

Háziorvosának neve és elérhetősége:

.....

.....

Kedves Betegünk!

A hasvíz /aszcitesz / csapolás célja lehet feszítő, nagy mennyiségű folyadék eltávolítása, másrészt lehet célja mintavétel különböző vizsgálatra, /pl baktériumtenyésztés, sejtvizsgálat, stb./ ami segítséget nyújthat a betegség kezelésében.

A beavatkozás menete:

- A beavatkozás előtt a hólyagját ürítse ki
- A csapolás általában a has bal oldalán, a köldök és a csípőlapát összekötő vonalában beszúrt 19-20 G-s /a tű vastagsága/ tűvel történik
- Előtte a beszúrási helyét, ha szükséges, Lidocainnal érzéstelenítik
- A tűre csövet erősítve engedik le a folyadékot
- A csapolás ideje a folyadék mennyiségétől függ
- A beavatkozás után a szúrás helyét leragasztják, és 1 órára szorító kötést helyeznek fel
- A beavatkozás után legalább 24 órás megfigyelésre az osztályon kell maradnia

A lehetséges szövődmények:

- Az érzéstelenítő szer iránti túlérzékenység
- Vérzés
- Hólyagsérülés
- Bélsérülés

A fenti szövődmények előfordulásának valószínűsége minimális.

Alternatíva:

A beavatkozás alternatívája annak elmaradása, mely akadályozhatja a kórkép diagnosztizálást és a megfelelő kezelést. A nagy mennyiségű folyadék lecsapolásának elmaradása hátráltatja a betegség gyógyulását.

A vizsgálat/ kezelés elmaradása az állapota rosszabbodásához vezethet.

Nyilatkozat:

Nyilatkozom, hogy a kezelőorvos tájékoztatása és a jelen beleegyező nyilatkozat aláírása előtt a gyógykezeléssel / vizsgálattal kapcsolatban lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra kielégítő választ kaptam.

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 tanuk előtt:

Tanú 1. :
.....
.....
.....

Tanú 2. :
.....
.....
.....

A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. :
.....
.....
.....

Tanú 2. :
.....
.....
.....

Dátum:.....

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