



## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT HÖRGŐTÜKRÖZÉSHEZ

Beteg neve: ..... Taj: .....  
Születési hely:..... Születési idő:.....  
Lakcím, ahol tartózkodik.....  
Tel.:.....  
Háziorvosának neve és elérhetősége:  
.....  
.....  
.....

Kedves Betegünk!

Az Ön panasza, illetve eddigi leletei alapján szükségessé vált a hörgőtükrözés /bronchoszkópia/ elvégzése. A vizsgálat során lehetőség van rá, hogy az orvos betekintszen a légcsőbe és annak a tüdőn belül lévő elágazódásaiba, és azok kóros elváltozásait felismerje.

A vizsgálat helyi érzéstelenítésben történik. Az eszközt szájon, vagy orron keresztül vezetjük le.

Ha szükséges, a hajlékony eszközzel akár a tüdőlebenyek kisebb hörgőcskéibe is el lehet jutni.

A bronchoszkóp csatornáján keresztül lehetőség van kicsiny csipesszel, hörgőkefével illetve a léguti váladék kimosásával anyagvételre, szövet-, sejttani illetve bakteriológiai vizsgálatához

Az endoscoppal nem látható elváltozások esetén röntgen ellenőrzése mellett végezzük a mintavételt.

### Kérjük ügyeljen a következőkre:

- 24 órával a vizsgálat előtt ne dohányozzon
- 4 órával a tervezett vizsgálat előtt ne egyen és ne igyon semmit
- Gyógyszerei bevételét beszélje meg a kezelőorvosával. Különösképpen ha a gyógyszerei között véralvadást gátló is szerepel.
- Amennyiben véralvadást befolyásoló gyógyszert szed erről tájékoztassa a vizsgálatot végző orvost.

Lehetséges leggyakoribb szövődmények:

- Nagyobb, nehezen uralható vérzések előfordulása nagyon ritka
- A gége, légcső, hörgők sérülései nagyon ritkák
- Nagyon ritkán levegő kerülhet a mellhártya lemezei közé, / légmell / amit le kell szívni.
- A légutak fertőzése nagyon ritka
- A gégegörcs teljes biztonsággal nem zárható ki, de nagyon ritka.
- Keringési és légzési komplikációk csak igen extrém esetekben fordulnak elő.

A vizsgálat után:

- Rövid ideig rekedtséget tapasztalhat.
- Köpetében a vizsgálat utáni első két napon vényomokat észlelhet.
- A vizsgálat napján lázkiugrás előfordulhat.

A torok és a garat érzéstelenítése miatt, a „félrenyelés” kivédésére a vizsgálat után 2 óráig nem ihat és nem ehet semmit. Amennyiben a vizsgálat során beadott gyógyszerek az Ön reakcióképességét csökkentik, erről az orvos tájékoztatni fogja.

Kérjük, hogy a kórházat az orvossal történt megbeszélés alapján hagyja el.

Amennyiben rosszullet, lázas állapot, vérzés, légzési nehézségek lépnek fel, kérjük azonnal értesítse kezelőorvosát, ha ezek a tünetek csak a beavatkozást követően jelentkeztek.

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

A vizsgálat időtartama 10-15 perc. Előfordulhat, hogy ütemezett előjegyzés ellenére is Önnek várakoznia kell, mert a sürgősséggel jelentkező, **súlyos betegek soron kívüliséget élveznek.**

A vizsgálatra asszisztens szólítja, aki végig közvetlen kapcsolatban lesz Önnel, számos kérdést fog feltenni. Amennyiben Ön nem ellenzi, kérjük, adja át neki leleteit, röntgenfilmjeit, CD-jét, és régi zárójelentéseit, hogy a vizsgáló orvos számára minél több információ álljon rendelkezésre a lelet értékeléséhez.

**Alternatív beavatkozás:**

A beavatkozásnak egyéb alternatívája nincs, a beavatkozás elmaradása az állapot rosszabbodásával járhat.

**NYILATKOZAT**

**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 vizsgálat visszautasítására, amely esetben, ha okozati összefüggés mutatható ki a vizsgálat visszautasítása és egészségi állapotom esetleges romlása között, a kezelőim felelőssége nem állapítható meg.**

**Nyilatkozom, hogy a jelen betegtájékoztató aláírását megelőzően lehetőségem volt kérdéseket feltenni, a kérdéseimre a kezelőorvostól mindenre kiterjedő, kielégítő választ kaptam.**

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

**Terhes állapotra vonatkozó tájékoztató nyilatkozat:**

A megfelelő rész aláhúzendó:

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

Feltételezhető, hogy nem vagyok terhes, ám amennyiben magzatot esetlegesen károsító vizsgálat válik szükségessé, abban az esetben kérem a terhességi vizsgálat elvégzését

Nem vagyok terhes.

**Tudomással bírok arról, hogy a terhességi nyilatkozat megtétele nélkül nem végezhető el a beavatkozás.**

**Ahhoz, hogy a kockázatot minimálisra csökkenthessük, kérjük Önt, hogy megfontoltan válaszoljon a túloldalon lévő kérdésekre**

## KÉRDŐÍV

- Volt e korábbi hörgőtükrözést követően valamilyen komplikáció, vagy olyan rendkívüli esemény, amelyet említésre méltónak talál?

Igen

Nem

Ha igen, mikor és kérem, nevezze meg:

.....

- Fennáll-e Önnél fokozott vérzési hajlam kisebb sérüléseknél vagy foghúzásnál?

Igen

Nem

- Szed-e Ön véralvadást befolyásoló gyógyszert? (syncumar, warfarin, aspirin, clopidogrel, ticlopidin stb)

Igen

Nem

ha igen, kérem, nevezze meg: .....

- Szenved-e Ön valamilyen idült / krónikus / betegségben pl. zöld hályog, epilepszia?

Igen

Nem

- Van-e Önnek meglazult, szuvas foga, vagy fogpótlása?

Igen

Nem

- Van-e valamilyen allergiája ( szénanátha, asztma ), túlérzékenysége ételre, gyógyszerre, ragtapaszra vagy helyi érzéstelenítőre?

Igen

Nem

- Van-e tudomása szív- vagy tüdőbetegségről ( magasvérnyomás, szívritmuszavar, tüdőasztma ), vagy beültettek-e Önnek szívritmus szabályozót ( pacemaker ) vagy műbillentyűt?

Igen

Nem

- Egyéb, fontosnak vélt közlendői: .....

**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