



## **Kedves Betegünk, Tisztelt hozzátartozó!**

Az Ön betegségének pontos diagnosztizálásához, illetve, ha már kezelés alatt áll, a kezelés hatékonyságának ellenőrzéséhez csontvelővizsgálatra van szükség. A csípőlapátból történő csontvelővétel ennek egy speciális módja. Erről a területről egy speciális eszközzel kis csonthengert is nyerhetünk, mely szövettani vizsgálatot is lehetővé tesz, ami pontosabb diagnózishoz vezet.

### **A beavatkozás menete:**

A kezelőorvostól kapott szóbeli tájékoztatás és az Ön beleegyezését követően végezzük el a beavatkozást. A vizsgálat, a sterilitás szabályainak betartásával történik. A bőrfertőtlenítést és a helyi érzéstelenítést követően egy speciális biopsziás tű segítségével a beavatkozást végző orvos mintát vesz.

### **A beavatkozás alatt kérjük, ne mozogjon!**

### **A szövődmények lehetőségének csökkentése érdekében tájékoztassa kezelőorvosát**

- esetleg meglévő gyógyszerallergiáról például jód, Lidocain, antibiotikum,
- meglévő gyógyszeres kezelésről, azaz véralvadást csökkentő, vagy egyéb véralvadást befolyásoló gyógyszerek, mint: Aspirin protect, Syncumar, Fraxiparine, Fragmin, Clexan,
- illetve Ön által ismert vérzékenységről, ismert egyéb betegségről.

A beavatkozás után steril nyomókötés kerül a szúrás helyére, melyet 3 napig nem szabad eltávolítani és vigyázni kell, hogy ne érje víz.

A vizsgálat után 10-15 percig a punkció helyére tett homokzsákra fektetjük, az utóvérzés megakadályozására.

Amennyiben bármilyen problémája, kérdése van, kérem, forduljon hozzánk bizalommal!

### **Lehetséges szövődmények:**

A beavatkozással járhatnak különböző szövődmények, mint például a szúrás területének bevérzése, főleg ha olyan hematológiai betegség merül fel, amikor az alacsony vérlemezkeszám (trombocitopénia) miatt egyébként is fokozott vérzékenységgel találkozunk. Nagyon ritkán előfordulhat a szúrás helyének gyulladása. A beavatkozás egyébként rendszerint szövődménymentes.

## **Beleegyező nyilatkozat**

Alulírott,....., sz.idő:.....,

lakcím:.....

beleegyezem abba, hogy a betegtájékoztató elolvasását és megfelelő szóbeli tájékoztatást követően, a crista biopsziát és ennek során szükséges beavatkozásokat elvégezzék.

Orvosom, Dr. .... tájékoztatott egészségi állapotomról, annak értékeléséről, a tervezett beavatkozás céljáról, módjáról, előnyeiről és kockázatairól, az esetlegesen választható egyéb beavatkozásokról és azok lehetséges kockázatairól. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is, a közölteken kívül felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyuláshoz. A szóban feltett kérdéseimre a kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam. Minden elhangzott és elolvasott tájékoztatást teljes egészében megértettem, tudomásul vettem, további vagy bővebb tájékoztatásról kifejezetten lemondok. Tudomásom van róla, hogy beleegyező nyilatkozatomat a kezelés során bármikor megváltoztathatom, visszavonhatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálat során, szükség esetén mintavétel, képi dokumentáció rögzítése történjen.

Szekszárd, .....  
 dátum

.....  
 beteg / törvényes képviselő aláírása

Aláírással igazolom, hogy a beteget részletesen tájékoztattam a crista biopszia céljáról, módjáról és a beavatkozás esetleges veszélyeiről:

.....  
 kezelőorvos /beavatkozást végző orvos aláírása  
 P.H.