



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

Az Ön betegségének pontos diagnosztizálásához, illetve, ha már kezelés alatt áll, a kezelés hatékonyságának ellenőrzéséhez csontvelővizsgálatra van szükség. A mintavétel a szegycsontból (sternum) történik.

#### **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 jó, Lidocain, antibiotikum,
- meglévő gyógyszeres kezeléssel, 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 fedőkötés kerül a szúrás helyére, melyet másnap eltávolíthat, illetve a steril fedőkötés fölé néhány percig homokzsákot is helyezünk, a bőrallati bevézés (hematóma) megelőzése érdekében. 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 bevézése, 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 sternum punkciót 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 gyógyulásomat. 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 sternum punkció céljáról, módjáról és a beavatkozás esetleges veszélyeiről:

.....

kezelőorvos/beavatkozást végző orvos aláírása  
P.H.