



Perthoracalis tűbiopszia Kedves Betegünk, Tisztelt hozzátartozó!

Az Önnél elvégzett vizsgálatok alapján kezelőorvosa helyileg jól meghatározott tüdőelváltozást állapított meg. A pontos diagnózis felállítása érdekében Önnél további beavatkozásra, az úgynevezett biopsziás szövetminta vételre van szükség. A beavatkozás során egy a mellkasfalon át bevezetett biopsziás tű segítségével szövetmintát vesznek a tüdőből, azon a helyen ahol az elváltozást észlelték.

A beavatkozást úgynevezett szövettani vizsgálat okán végezhetik, amikor az elváltozás szöveti tulajdonságait akarják megismerni és így diagnózist felállítani, másrészt, mikrobiológiai vizsgálat céljából, amikor az elváltozást okozó kórokozót akarják meghatározni.

A beavatkozás menete:

A kezelőorvostól kapott szóbeli tájékoztatás és az Ön beleegyezését követően a beavatkozást röntgenvezérlés alatt, esetenként ultrahang illetve CT vezérlés mellett fekvő helyzetben végzik. A beavatkozást végző orvos röntgenképerősítő segítségével bejelöli az elváltozás helyét. Ezt a területet bőrfertőtlenítővel fertőtlenítik, majd előzetes megbeszélés alapján helyi érzéstelenítést alkalmaznak. A bőrfertőtlenítést és esetenként a helyi érzéstelenítést követően egy speciális biopsziás tűt a beavatkozást végző orvos, a bőr, majd a mellkasfal átszúrását követően az elváltozásig vezet. A tű bevezetése alatt nyomást, enyhe fájdalmat érez, ez azonban nem erősebb egy tűszúrás okozta fájdalomnál. A beavatkozást végző orvos a tű elforgatásával szövetdarabot nyer. Ön ebből a biopsziás tű adta hangon kívül általában nem érzel semmit. A minta nyelését követően a beavatkozást végző orvos a tűt kihúzza, majd a területet fertőtlenítik, és steril kötéssel fedik.

A beavatkozás alatt kérjük, ne mozogjon, ne beszéljen, kerülje a hirtelen mély légvételt. Köhögési inger jelentkezésekor előzőekben megbeszéltek szerint jelezzen! Beavatkozás után ágyához tolokocsival szállítják, majd az orvos által meghatározott ideig fekvőnek kell!

Lehetséges szövődmények:

A beavatkozással járhatnak különböző szövődmények, mint például a hirtelen vérnyomásesés, ideg közelsége miatt jelentkező fájdalom, kisebb vérzés, vércöpés, felszínes tüdősrülés következtében kialakuló légmell. Utóbbi kis mennyiség esetén önmagától felszívódik, nagyobb mennyiség esetén tartós mellkasi cső behelyezése után leszívható.

Kérjük a szövődmények lehetőségének csökkentése érdekében tájékoztassa kezelőorvosát

- esetleg meglévő gyógyszerallergiáról például jód, Lidocain, antibiotikum, köhögés csillapító***
- meglévő gyógyszeres kezeléssel, azaz véralvadást csökkentő, vagy egyéb véralvadást befolyásoló gyógyszerek, mint: Aspirin protect, Syncumar, Fraxiparine, Fragmin, Clexan***
- illetve Ön által ismert vérzékenységről, ismert tüdő-, mellhártya-, szív-, máj- vagy daganatos betegségről.***
-

A szakszerűség maximális betartása mellett is, bár ritkán, de előfordulhatnak a fent említett szövődmények, ellátásuk részben helyben, részben társszakmák segítségével megoldható.

Kezelő orvosa csak akkor fog Önnél Perthoracalis tűbiopsziát javasolni, ha az elvégzendő beavatkozás kockázata kisebb, mint a vizsgálat elmaradásából adódó betegség kockázata.

Az esetleg fellépő panaszát, mint szédülés, ájulásszerű rosszullet, köhögési inger, vércöpés, fokozódó fájdalom, vizsgálat alatt, illetve után a lehető legrövidebb időn belül jelezze kezelőorvosának, szakápolónak, így panasz a lehető legrövidebb időn belül ellátásra kerül.

A betegtájékoztató elolvasása után felmerülő kérdéseit kezelőorvosával meg beszélheti!



Belegező nyilatkozat!

A beteg adatai	Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének (hozzátartozójának) neve:..... Személyi ig. száma:.....
Név	
Születés dátuma	
TAJ	

A betegtájékoztató, valamint a kezelőorvostól, dr.....-től kapott részletes szóbeli felvilágosítás után a tervezett beavatkozás lényegét megérttem, a beavatkozásba

***belegezem** ***nem egyezem bele¹** (annak ellenére, hogy az elutasítás esetleges egészségre káros következményeiről, felvilágosítást kaptam)

Szekszárd,.....

.....
Beteg vagy hozzátartozó, törvényes képviselő

.....
beavatkozást végző orvos

ph.

¹Nyilatkozat invazív beavatkozás elutasítására

Alulírott (szül.:; TAJ:.....) **beteg önként, a döntéshozatalhoz szükséges belátási képességem teljes birtokában, korábbi szóbeli, illetve kórdokumentációban foglalt nyilatkozatomat írásban is megerősítem azzal, hogy részletesen tájékoztattak egészségügyi állapotomról és annak orvosi megítéléséről, miszerint.. Tudomásul veszem, hogy az invazív beavatkozás elmaradásával a betegség megnevezése, kórisme felállítása, a lehetséges gyógymódok kiválasztása, a feltételezett elváltozás korrekt kezelése nem biztosítható, a további kezelések elmaradása esetenként az állapot rosszabbodásával, esetleg halálos következménnyel is járhat.**

Alulírott beteg nyilatkozom, hogy kezelőorvos tájékoztattott, hogy az Eütv. 20.§(2) bekezdés e lehetővé teszi, hogy minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségügyi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza.

Alulírott beteg nyilatkozom, hogy az adott tájékoztatót megérttem. Ismertették velem azt is, hogy jogomban áll szóban és írásban bármikor visszavonni vagy megváltoztatni döntésemet. Tudomással bírok arról is, hogy a felajánlott kezelés/beavatkozás elutasítása esetén kezelőorvosomat és a kórházat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, egészségkárosodásért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok. A beavatkozás előnyeire, kockázataira vonatkozó szóban feltett kérdéseimre kezelőorvostól megfelelő választ kaptam, azokat megérttem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen beavatkozást/kezelést, gyógymódot kívánok igénybe venni.

Alulírott beteg – a személyre szabott teljes körű tájékoztatást követően – nyilatkozom, hogy szilárd meggyőződésem alapján, teljességgel, egyértelműen és határozottan elutasítom a Perithoracalis vékonytű biopsziás tüdő szövet mintavételt....

Ennek értelmében.. abban az esetben sem, ha az ellátás/beavatkozás elmaradása, az egészségügyi állapotomban várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.

Szekszárd, 201.....,.....hó,nap

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú neve:.....szem.ig.száma:.....

Tanú lakcíme:.....Tanú aláírása:.....

.....
beteg aláírása

Tanú neve:.....szem.ig.száma:.....

Tanú lakcíme:.....Tanú aláírása:.....

.....
Kezelő/vizsgáló orvos aláírás
ph.

***a megfelelő rész aláhúzendó**