



INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott (név) (szül. idő) kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, szül. idő, rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

HÖRGŐTÜKRÖZÉS (BRONCHOSCOPIA)

- 1. A beavatkozás célja:** A bronchoscopy lehetővé teszi az orvos számára, hogy a légcsőbe és annak elágazódásaiba betekintsen, és azok kóros elváltozásait felismerje.
- 2. A beavatkozás menete, technikája:** Helyi érzéstelenítésben a szájon vagy az orron át vezetjük az optikai műszert (bronchoscop) a légcsőbe és előretoljuk a hörgőkbe (bronchusokba). A bronchoscop csatornáján keresztül kicsiny fogóval, hörgőkefével, tüvel, ill. leszívó csővel szövettarabokat, sejteket, ill. hörgőváladékot nyerhetünk szövet- és sejttani, valamint bakteriológiai vizsgálatra, esetleg a légzést akadályozó váladékot szívhatunk le.

Kérjük, ügyeljen a következőkre:

- a vizsgálat előtt 24 órával ne dohányozzon
- a vizsgálat előtt 4 órával ne egyen és ne igyon semmit
- gyógyszerei bevitelét beszélje meg kezelőorvosával

- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A nagyobb, nehezen uralható, sebészi beavatkozást igénylő vérzések, valamint a gége, a nyelőcső és a hörgők sérülései, a légmell (pneumothorax), a légutak fertőzése vagy gégegörcs biztonsággal ugyan nem zárható ki, azonban rendkívül ritkák. Keringési és légzési komplikációk csak igen extrém esetekben fordulnak elő; az ilyen zavarokat előzetes vizsgálatokkal és a beavatkozás ideje alatti folyamatos ellenőrzéssel előzzük meg.

Kérjük, tájékoztasson bennünket esetleges vérzéshajlamról, véralvadás gátló szedéséről, allergiáról, tüdőasztmáról, gyógyszer-túlérzékenységről, magas vérnyomásról, szívritmuszavarról, szívritmus szabályzóról, műbillentyűről, zöldhályogról, epilepsziáról, szuvas vagy meglazult fogról, stb.

A vizsgálat után rövid ideig rekedtséget tapasztalhat, köpetében a vizsgálat utáni első 2 napon vérnyomokat észlelhet, de ezek miatt nem kell nyugtalankodnia.

A torok és a garat érzéstelenítése miatt a vizsgálat után 2 óráig a félrenyelés elkerülése érdekében tilos enni és inni.

Amennyiben az Ön reakcióképességét befolyásoló szert kapott a vizsgálat alatt, erről a vizsgáló orvos tájékoztatni fogja Önt.

Kérjük, hogy a kórházi osztályt csak az orvossal történt egyeztetés után hagyja el.

A vizsgálat után 24 órán át nem vezethet járművet, és nem kezelhet gépet.

- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A diagnosztikus bronchoscopya nélkül mellkasi műtétre nem kerülhet sor, amennyiben terápiás célú a beavatkozás, a beteg állapota nem javul a bronchoscopya elvégzése nélkül. A mellkasi túbiopsziát helyettesítheti a röntgen képerősítő alatti célzott anyagvétele a tüdő széli, perifériás elváltozásai esetén.
- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Bizonyos esetekben a bronchoscopya helyettesíthető a nagyobb kockázatú tüdőbiopsziás mintavétellel, esetleg kisebb műtéti beavatkozással, pl. mediasztinoszkópiával, ezen esetekben a kezelőorvos készséggel felvilágosítást ad a lehetőségekről.
- 6. Fentiekkal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!



INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

beleegyezem és kérem *

nem egyezem bele és nem kérem *

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyző nyilatkozat az F-B-04. „Általános beleegyző nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.