



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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 tájékoztattott:

### MELLKASCAPOLÁS ÉS/VAGY MELLHÁRTYA-RAGASZTÁS (PLEURODÉZIS)

Mellüregi folyadékkepződéssel, ill. légmellel összefüggő panaszai miatt szükségessé vált mellkascsapolás, ill. mellhártya-ragasztás (pleurodézis) elvégzése. A beavatkozás előtt kezelőorvosa a vizsgálat elvégzéséről, ennek szükségességéről, módjáról, az esetleges szövődményekről tájékoztatni fogja.

#### Miért szükséges a kezelés?

A folyadékkepződéssel, vagy légmellel-képződéssel járó mellüregi betegségek fulladást, köhögést, mellkasi nyomásérzést, fájdalmat, vagy vállfájdalmat okozhatnak. Mellkascsapolás során a folyadék eltávolítása, pleurodézis esetén pedig a mellkasi folyadék újratermelődésének megakadályozása a cél.

#### Hogyan végezzük a kezelést?

A **mellkascsapolás** általában ülő helyzetben történik. A fertőtlenítést és helyi érzéstelenítést követően az orvos egy vékony műanyag csövet, vagy egy csapoló tűt vezet a bordák között a mellüregbe, és egy ehhez csatlakoztatott szívómotor segítségével a folyadékot eltávolítják, így lehetőség nyílik a tüdő kitágulására. Az első órákban előfordulhat fájdalom, köhögés, feszülésérzés. Ha szükséges, ezek a panaszok fájdalomcsillapító gyógyszerekkel enyhíthetők.

**Mellhártya-ragasztás** elvégzése céljából a mellüregbe vezetett csövön keresztül ragasztóanyagot (rendszerint gyógyszert) juttatnak be a mellhártya lemezek közé. Néhány napos szívókezelés után a cső eltávolításra kerül. A megbetegedés szerint választja az orvos a pleurodézis elvégzéséhez szükséges anyagot, amely lehet antibiotikum (tetracyclin), szöveti ragasztó, citosztatikum, talcum, vagy egyéb anyag.

#### Milyen rizikóval, szövődménnyel lehet számolni?

A mellkascsapolás, pleurodézis általában kevés kockázattal járó eljárások. Néha előfordulhat vérzés a mellkasfalban, mellhártyaűrben érsérülés következtében. Ritkán felléphetnek keringési zavarok (vérnyomásesés), keringés összeomlás, légmelleképződés, a szomszédos szervek sérülése (pl.: lép, máj, bél, szív), ritkán idegsérülések, mellhártyaüreg fertőződése, ill. ezen keresztül sepszis (vérmérgezés), légembólia (a véredényekbe légbuborék kerül).

#### Mire kell figyelni?

*Kezelése előtt:* A kezelés napján nem dohányozhat. Amennyiben a beavatkozás előtt éhgyomorrra kell maradnia, erről a kezelőorvosa tájékoztatja.

*Kezelés után:* Közvetlenül a beavatkozás után 2 óra ágynyugalom, ezt követően is a fizikai terhelés kerülése ajánlott.



Ha fájdalom, vagy más zavar fellépne (pl.: fulladás, vérköpés, szédülés, hányinger), erről azonnal értesítse kezelőorvosát.

**Fontos kérdések, melyeket gondosan meg kell válaszolnia orvosának:** (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ!)

- |   |      |     |
|---|------|-----|
| 1. Tud-e vérzékenységről? Előfordul-e gyakran orrvérzés? Jelentkeztek-e bőrvérzések, kék foltok a végtagokon?   | Igen | Nem |
| 2. Részesül(t)-e alvadásgátló kezelésben? Ha igen, melyik? (pl. Aszpirin, Syncumar, egyéb)  | Igen | Nem |
| 3. Tud-e allergiáról (asztma, szénanátha) vagy túlérzékenységi reakciókról (pl. jód, kontrasztanyag, gyógyszer, helyi érzéstelenítő)?<br>Ha igen, melyik: ..... | Igen | Nem |
| 4. Tud-e akut szív, érrendszeri vagy tüdő megbetegedésről (pl. szívbillentyű megbetegedés, magas vérnyomás)?  | Igen | Nem |
| 5. Tud-e akut vagy krónikus fertőző betegségről? (pl. hepatitis, AIDS)  | Igen | Nem |
| 6. Van-e akut vagy krónikus idegrendszeri betegsége? (pl. epilepszia, bénulás)  | Igen | Nem |
| 7. Tud-e anyagcserezavarról? (pl. cukorbetegség)  | Igen | Nem |
| 8. Egyéb fontosnak vélt közlendő: .....   |      |     |

**Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

### 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 kezeléseim 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 kényszertől 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.