

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

ŐRSZEM NYIROKCSOMÓ IZOTÓPDIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATA (EMLŐ)

- A vizsgálat célja:** Emlőben a nyirokerek és az első, ún. őrszem (sentinel) nyirokcsomó feltérképezése.
- A vizsgálat menete, technikája:** A műtét előtti napon kis mennyiségű radioaktív izotóppal jelzett anyagot juttatunk be az emlőbimbó udvara mellé, vékony tűvel, közvetlenül a bőr alá, amely eljut a nyirokutakon keresztül az első, ún. őrszem (sentinel) nyirokcsomóba, amely az áttétképződés első és legvalószínűbb helye. Másnap reggel, a műtét napján a beadás helyéről és az őrszem nyirokcsomóról felvételeket készítünk, a nyirokcsomó helyét a bőrön megjelöljük. Ezután a páciens a Nukleáris Medicina Osztályról a műtőbe kerül. A műtét során a sebész egy speciális hordozható sugármérővel ezt a bejelölt - magasabb radioaktivitást mutató – nyirokcsomó(k)at megkeresi, eltávolítja, és gyorsított szövettani vizsgálatra küldi. Amennyiben a nyirokcsomó(k)ban nem találnak kóros elváltozást, akkor nincs feltétlenül szükség a hónalji nyirokcsomók teljes kiirtására.

A vizsgálat ellenjavallatai: Humán szérum albuminnal (emberi vérfehérjét tartalmazó készítmény) szembeni túlérzékenység, valamint a terhesség és szoptatás.

A vizsgálat utáni magatartás: Az izotóp beadása után 24 órán keresztül a környezetet érő, felesleges sugárzás elkerülése érdekében terhesek és kisgyermek közelében ne tartózkodjanak.

- A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A radioaktív anyag nem rendelkezik mellékhatással. A bőrbe juttatott anyag érdemleges károsodást nem okoz. A vizsgálat során kapott sugárterhelés – a bejuttatott kis aktivitás miatt - elenyésző, a többi izotópos vizsgálatához képest jóval kevesebb.
- Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Az eljárás elmaradása nem teszi lehetővé, hogy megalapozott döntést lehessen hozni abban a kérdésben, hogy kiknél kerülhető el, ill. kiknél szükséges feltétlenül elvégezni a hónalji nyirokcsomók kiirtását, amely a későbbiekben többféle panasz forrása lehet, mint pl. nyirokvizenyő, érzészavar, mozgásbeszűkülés, stb.
- Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról** kérdezze kezelőorvosát.
- A vizsgálatral kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

- Egyénre szabott betegtájékoztató:**

Folytatás a túloldalon!

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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 kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezeléseket elutasítására. Ez esetben a kezelése 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.

Alulírott nyilatkozom továbbá arról, hogy

- tudomásul veszem és elfogadom a kórház tájékoztatóját az általános betegjogokról, a házirendről, valamint hogy a kórházi ellátásom során magamnál tartott érték- és személyes tárgyakért saját felelősséggel tartozom,
- állapotomról, betegségemről a javasolt kivizsgálás, tervezett és lehetséges gyógykezelés szükségességéről, belátható kockázatáról, várható kockázatáról, várható következményeiről, mellékhatásairól, gyakoribb szövődményeiről részletes és kielégítő tájékoztatást kaptam és azt megértettem, kérdéseimre kielégítő, világos választ kaptam,
- ismertették velem a javasolt és más szóba jöhető vizsgálatok, kezelési eljárások szükségességét, előnyeit és hátrányait,
- az ellátással kapcsolatos betegdokumentációt, személyazonosító okmányaimat hiánytalanul megkaptam.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos/szakdolgozó aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

A vizsgálat várakozásideje alatt és a vizsgálat során (név)
..... (rokonsági fok) segítő jelenlétét kérem.

A vizsgálat várakozásideje alatt és a vizsgálat során gondozóként/segítőként a beteg mellett tartózkodom:

.....
gondozó/segítő aláírása

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