

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:

MÁJ TŰBIOPSIA

- A vizsgálat célja:** A bőrön át történő punkció útján szövettani mintavétel a májból. Az így nyert szövet mikroszkópos vizsgálata döntően befolyásolhatja a kezelést.
- A vizsgálat menete:** A beavatkozás éhgyomorra történik. Helyi érzéstelenítés után tüvel történik a máj punkciója és a májból szövetminta nyérése előzetes helyi érzéstelenítés után.

A vizsgálat után: előfordulhat, hogy a beteg néhány órán át a szúrás helyén vagy a jobb vállba sugárzó fájdalmat érez, ami miatt fájdalomcsillapítót kaphat.
A beavatkozás után a beteg 24 órán keresztül nem étkezhet, és fekvéssel kell maradnia.

3. Lehetséges szövődmények:

- Az érzéstelenítőszer iránti túlérzékenység.
- A beavatkozás kapcsán vérzés, epecsorgás, légmell léphet fel.
- A beavatkozás kapcsán fellépett szövődmény miatt 1.000 punkcióra átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

A lehetséges szövődmények csökkentése érdekében kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre:

1.	Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységéről? Ha igen:	igen	nem
2.	Van-e coagulopathiája?	igen	nem
3.	Szed-e véralvadást gátló gyógyszert?	igen	nem
4.	Van-e epilepsziája?	igen	nem
5.	Van-e glaucomája?	igen	nem
6.	Van-e pacemakere?	igen	nem
7.	Ismert graviditas?	igen	nem
8.	Ismert-e vitiuma?	igen	nem
9.	Van-e egyéb betegsége. ha igen:	igen	nem

Kérjük, sorolja föl gyógyszereit (különös jelentősége van a véralvadást befolyásoló gyógyszereknek!), az esetleges gyógyszerallergiáját:

4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

Folytatás a túloldalon!

6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

7. Egyénre szabott betegtájékoztató:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ 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 tájékoztató megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

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

....., 20 év hó nap óra perc

.....

orvos aláírása

.....

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

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