



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MELLKASCSPOLÁSHOZ (MELLKASPUNCTIO)

Alulírott..... nyilatkozom, hogy felvilágosítottak arról, hogy nálam mellkascspolás elvégzésére van szükség.

Ennek során kellő előkészítés után a mellkasfalán átszúrt tű segítségével lebocsátják a mellkasban, ill. a mellhártyák között felhalmozódott folyadék egy, az orvos által szükségesnek ítélt részét, ill. mennyiségét, abból szükség esetén további vizsgálatokra mintát vesznek.

Tájékoztattak a beavatkozás előnyeiről és kockázatairól. Elmondták, hogy ritka esetekben légmell alakulhat ki, mely további, sürgős, mellkasebészeti beavatkozást tehet szükségessé és mely légszomjhoz, hirtelen állapotromláshoz vezethet. A csapoláshoz használt tű, különösen a beteg mozgása, megmozdulása esetén, megsértheti a tüdőt, a mellhártyát, az ereket és idegeket, ezáltal további beavatkozásokat tehet szükségessé, mely mellkasebészeti műtét is lehet a vérzés, ill. sérülés jellegétől függően; vérzés léphet fel a szúrásatornában is. Amennyiben a mellkasi folyadék fehérjében gazdag folyadék, úgy egyéb általános tünetekhez is vezethet ennek lebocsátása, úgymint gyengeség, szédülés, haspuffadás, lábdagadás. Még ritkább esetekben szívritmuszavar is felléphet.

Elmondták, hogy az érzéstelenítéshez injekciót használnak, mely arra érzékenység esetén szívritmuszavart, szívmegállást, allergiás reakciót válthat ki; ezért megértettem, hogy amennyiben nálam ismert gyógyszerérzékenység, korábbi, ismert gyógyszerallergia áll fenn, különösen érzéstelenítő szerekkel szemben, úgy ezt a beavatkozás előtt az orvossal közölnöm kell.

Minden kérdésemre kielégítő választ kaptam, a felvilágosítás közérthető magyar nyelven, orvosi szakszavak használata nélkül történt.

Felvilágosítottak, hogy a beavatkozás előtt kivehető fogpótlás, szemüveg eltávolítása szükséges. Egyéb protézisek, pótlások eltávolítását, vagy a miattuk alkalmazandó kiegészítő gyógyszerelést kezelőorvosom határozza meg.

Megértettem, hogy a beavatkozáshoz saját akaratomból adott beleegyezésem szükséges, melyet ezen nyilatkozat aláírásával ezennel kifejezetten megadok.

Szombathely,

.....

beteg

.....

orvos

Páciens születési ideje:.....

Lakcíme:.....