

**Csongrád-Csanád Megyei Mellkasi Betegségek
Szakkórháza Intézményvezető: Dr. Bálint Beatrix Ph.D.**

6772 Deszk, Alkotmány u. 36.
Tel.: 62/571-511, Fax: 62/571-550

OEP KÓD:

Osztályvezető főorvos:

Tel.:

Beleegyző nyilatkozat transthoracalis biopsziához (TTB)

Név: Születési hely, idő: Anyja neve: Lakcím:	Törzsszám: TAJ:
--	----------------------------------

Ezzel a tájékoztatóval szeretnénk felvilágosítani Önt a transthoracalis biopsziával (TTB) kapcsolatban. Panaszai és az eddigi leletei alapján ajánlatosnak tartjuk a vizsgálatot, melynek során a vizsgáló orvos egy vastag injekciós tűt vezet a mellkasába.

A vizsgálat leírása

A beavatkozás során, a mellkasfalon fertőtlenítés, majd érzéstelenítés után egy vastag injekciós tűvel behatolunk a mellkas üregébe és a RTG alatt látható elváltozásból célzott mintát veszünk. A vizsgálatot végző orvos a tájékoztató beszélgetés során részletesen elmagyarázza az Ön esetében tervezett beavatkozást.

Lehetséges szövődeményeik:

A szúrás helyén légzéssel összefüggő fájdalom alakulhat ki. Ritka esetekben anatómiai eltérések miatt megsérülhet egy bordaközi ér, ami vérzéshez vezet, ez esetleges műtétet, vagy vérátömlesztést tehet szükségessé. Egyes esetekben a behatolás során a mellhártya belső lemeze sérülhet és légmell alakulhat ki, mely sebészi beavatkozást igényelhet.

A kockázat további csökkentése céljából kérjük válaszoljon **az alábbi kérdésekre:**

Van-e Önnek **JÓD** érzékenysége?

Igen

Nem

Van-e Önnek **LIDOCAIN** érzékenysége?

Igen

Nem

Szed-e **Syncumart**, vagy hasonló **véralvadást gátló** gyógyszert?

Igen

Nem

Egyéb fontosnak vélt közlendői:

A BETEG NYILATKOZATA A FELVILÁGOSÍTÓ BESZÉLGETÉS UTÁN

..... ezen tájékoztatóban leírtak alapján felvilágosító beszélgetést folytatott velem, melynek során minden engem érdeklő kérdést feltehettem, és arra megfelelő választ kaptam. Nincs több kérdésem. A javasolt vizsgálatba, illetve az esetleges szükségessé váló kiegészítő beavatkozások elvégzésébe:

BELEEGYZEM

NEM EGYEZEM BELE

(annak ellenére, hogy az elutasítás esetleges, egészségre káros következményeiről felvilágosítást kaptam)

Deszk,

.....
orvos aláírása

.....
beteg olvasható aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

Törv. képvis. neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

(1) cselekvőképesség hiányában, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!