

Infektológiai osztály beleegyező nyilatkozatai:

1. Hascsapolás 2-3. oldal
2. Mellkascsapolás 4-5. oldal

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat
Egészségügyi beavatkozáshoz**

Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok az alábbi betegséget állapították meg és ennek megfelelően a *hascsapolás* beavatkozás elvégzését tartjuk szükségesnek.

Diagnózis:

Röviden tájékoztatjuk betegségéről és a további teendőkről.

Az Ön panaszai, eddigi leletei alapján kezelőorvosa a has csapolását tartja szükségesnek a felszaporodott hasúri folyadék eltávolításához.

Erre egyrészt az Ön panaszainak csökkentéséhez van szükség - tehát kezelése részét képezi -, másrészt betegsége megállapítására, bizonyos betegségek kizárására is lehetőséget teremt.

Mi a beavatkozás lényege?

A beavatkozás során a bőr és a bőr alatti szövetek injekciós érzéstelenítésére kerül sor, majd mintegy 1 mm vastag csapoló tű bevezetése következik. Utóbbi éppen az érzéstelenítés miatt nagy fájdalmat nem okoz.

A csapolás időtartama 30-45 perc.

A beavatkozás után néhány óras pihenés szükséges. A kinyert folyadék további vizsgálatát intézetünk szövettani és laboratóriumi osztályán tapasztalt szakemberek végzik. Véleményük az Ön további kezelését alapvetően befolyásolhatja.

A vizsgálat alapján hasi szervek betegségeinek természetére kaphatunk választ. Kiderülhet:

- gyulladásos betegség vagy
- rosszindulatú daganat is.

Választ kaphatunk a pontos diagnózis mellett a várható kórlefolyásra is.

Más módszerekkel a hasúri folyadék ilyen hatékony eltávolítása nem lehetséges.

Milyen veszélyei lehetnek a beavatkozásnak, milyen kockázattal járhat?

Természetesen a módszernek a vizsgálatkor érzett kisebb, pillanatnyi fájdalom mellett komoly veszélyei is lehetnek. Előfordulhat vérpótlást vagy akár altatásban végzendő műtétet igénylő vérzés, fertőzés, ritkán a csapolás helyéről hasvíz szivárgás is.

Ezek gyakorisága, súlyossága gyakorlott kézben nem nagy, vállalható az Ön számára. A mintavétel előtt számos vizsgálat, beavatkozás történik, hogy ezt a kockázatot a lehető legkisebbre csökkenthessük.

Kérjük Önt, jelezze, ha az alábbiak közül valamelyik előfordult már az Ön kórelőzményében vagy jelenleg is fennáll:

- vérzékenység (pl. korábbi sérüléseknél, foghúzásnál)
- allergia, túlérzékenység
- esetleges terhesség
- idült betegség
- beültetett pacemaker (szívritmus-szabályzó)

Kockázata a vizsgálat elmaradásának is van:

- Az Ön panaszainak, tüneteinek oka kiderítetlen maradhat, amely betegségének súlyosbodásához vezethet, rontva az Ön gyógyulási esélyeit.
- Az emiatt érzett szorongása meghaladhatja a mostani, vizsgálat előtti természetes aggodalmat.

Az előnyöket és veszélyeket kezelőorvosa és a beavatkozó orvos is mérlegelte és azért ajánlja Önnek ezt a beavatkozást, mert a várható haszon nagyobb, mint az okozott megterhelés és az esetleges kockázat.

Amennyiben fentiekből valami nem érthető az Ön számára vagy további kérdése van, azt a vizsgálat/beavatkozás előtt jelezze, hogy minden szempontból tájékozottan dönthessen a vizsgálatba való bejegyezéséről vagy annak elutasításáról, melyet aláírásával is tanúsítania kell.

A beavatkozás során számíthat a személyzet tapasztalatára, figyelmére, gondosságára, türelmes bánásmódjára csakúgy, mint eszközeink biztonságos beavatkozást lehetővé tevő állapotára, melyet rendszeres karbantartással, gondos fertőtlenítéssel érünk el.

Az Ön kezelésében részt vesznek: osztályvezető főorvos, osztályos orvos, osztályos nővérek.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Infektológiai osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20__ / __ / __.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat
Egészségügyi beavatkozáshoz**

Kedves Betegünk!

Önnél az előzetes vizsgálatok az alábbi betegséget állapították meg és ennek megfelelően a **mellkascsapolás** beavatkozás elvégzését tartjuk szükségesnek.

Diagnózis:

Röviden tájékoztatjuk betegségéről és a további teendőkről.

Az Ön panaszai, eddigi leletei alapján kezelőorvosa a mellkas csapolását tartja szükségesnek a felszaporodott mellúri folyadék eltávolításához.

Erre egyrészt az Ön panaszainak csökkentéséhez van szükség - tehát kezelése részét képezi -, másrészt betegsége megállapítására, bizonyos betegségek kizárására is lehetőséget teremt.

Mi a beavatkozás lényege?

A beavatkozás során a bőr és a bőr alatti szövetek injekciós érzéstelenítésére kerül sor, majd mintegy 1 mm vastag csapoló tű bevezetése következik. Utóbbi éppen az érzéstelenítés miatt nagy fájdalmat nem okoz.

A csapolás időtartama 10-15 perc.

A beavatkozás után néhány óras pihenés szükséges. A kinyert folyadék további vizsgálatát intézetünk szövettani és laboratóriumi osztályán tapasztalt szakemberek végzik. Véleményük az Ön további kezelését alapvetően befolyásolhatja.

A vizsgálat alapján mellkasi szervek betegségeinek természetére kaphatunk választ. Kiderülhet:

- gyulladásos betegség
- jó- vagy rosszindulatú daganat is.

Választ kaphatunk a pontos diagnózis mellett a várható kórlefolyásra is.

Más módszerekkel a mellúri folyadék ilyen hatékony eltávolítása nem lehetséges.

Milyen veszélyei lehetnek a beavatkozásnak, milyen kockázattal járhat?

Természetesen a módszernek a vizsgálatkor érzett kisebb, pillanatnyi fájdalom mellett komoly veszélyei is lehetnek. Előfordulhat vérpótlást vagy akár altatásban végzendő műtétet igénylő vérzés, fertőzés, ritkán a mellhártya sérülését követő légmell is.

Ezek gyakorisága, súlyossága gyakorlott kézben nem nagy, vállalható az Ön számára. A mintavétel előtt számos vizsgálat, beavatkozás történik, hogy ezt a kockázatot a lehető legkisebbre csökkenthessük.

Kérjük Önt, jelezze, ha az alábbiak közül valamelyik előfordult már az Ön kórelőzményében vagy jelenleg is fennáll:

- vérzékenység (pl. korábbi sérüléseknél, foghúzásnál)
- allergia, túlérzékenység
- esetleges terhesség
- idült betegség
- beültetett pacemaker (szívritmus-szabályzó)

Kockázata a vizsgálat elmaradásának is van:

- Az Ön panaszainak, tüneteinek oka kiderítetlen maradhat, amely betegségének súlyosbodásához vezethet, rontva az Ön gyógyulási esélyeit.
- Az emiatt érzett szorongása meghaladhatja a mostani, vizsgálat előtti természetes aggodalmat.

Az előnyöket és veszélyeket kezelőorvosa és a beavatkozó orvos is mérlegelte és azért ajánlja Önnek ezt a beavatkozást, mert a várható haszon nagyobb, mint az okozott megterhelés és az esetleges kockázat.

Amennyiben fentiekből valami nem érthető az Ön számára vagy további kérdése van, azt a vizsgálat/beavatkozás előtt jelezze, hogy minden szempontból tájékozottan dönthessen a vizsgálatba való bejegyezéséről vagy annak elutasításáról, melyet aláírásával is tanúsítania kell.

A beavatkozás során számíthat a személyzet tapasztalatára, figyelmére, gondosságára, türelmes bánásmódjára csakúgy, mint eszközeink biztonságos beavatkozást lehetővé tevő állapotára, melyet rendszeres karbantartással, gondos fertőtlenítéssel érünk el.

Az Ön kezelésében részt vesznek: osztályvezető főorvos, osztályos orvos, osztályos nővérek.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott _____ (született: ____ / ____ / ____) TAJ:

_____ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Infektológiai osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A beavatkozás előtt Dr. _____, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztatott. Lehetőségem volt szóban is tájékozódni és kérdéseket feltenni, melyekre kellő részletességgel kielégítő választ kaptam. Mindezek után kellő információ és idő állt rendelkezésemre, hogy a szükséges beavatkozásról önálló, felelős döntést hozhassak. A beavatkozás előtt eddigi betegségeimről, panaszaimról, kezelésemről, állapotommal kapcsolatos valamennyi információról kezelőorvosomat tájékoztattam, rendelkezésemre álló leleteimet bemutattam.

Dunaújváros, 20__ / __ / __.

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva: