

## **Radiológiai Osztály beleegyező nyilatkozatai:**

1. Aspirációs citológia ..... 2. oldal
2. Core biopszia ..... 3. oldal
3. Core biopszia (vizsgálat utáni teendők) ..... 4. oldal
4. Mammográfia bele nem egyező nyilatkozat..... 5. oldal
5. Röntgen vizsgálat ..... 6. oldal
6. CT vizsgálat ..... 7-8. oldal

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozásba**

Kedves Betegünk!

Az Ön esetleges betegségének diagnosztizálása érdekében szövettani mintavétel szükséges, amelynek egyik módja az aspirációs citológia. A vizsgálat alkalmával vékony tűvel hozzáférhető helyeken található szolid vagy tömlős elváltozásokból mikroszkóposan értékelhető sejtek kinyerése történik, az elváltozás jellegének megállapítása céljából. A beavatkozás során az egy vagy két tűszúrással nyert sejteket tárgylemezre helyezük és mikroszkópos vizsgálatra küldjük.

A vizsgálat kockázata: jelenlegi ismereteink szerint a vizsgálatnak nincs kockázata. A daganatsejt szóródás a szűrőcsatornában az irodalmi adatok szerint kizárható.

A beavatkozás elmaradásának hátránya, hogy befolyásolhatja a további kezelés sikerességét.

Lehetséges szövődmények:

- könnyen csillapítható vérzés a szűrés után
- haematoma (vérömleny) képződés, mely 1-2 nap alatt borogatásra vagy magától is elmúlik
- enyhe bőrpír, gyulladás

Az Ön kezelésében részt vesznek: orvos, asszisztens

**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott \_\_\_\_\_ (született: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) TAJ:

\_\_\_\_\_ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-

Rendelőintézet Dunaújváros Radiológiai osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

**A beteg aláírását tanúsító két tanú hiányában kérjük, saját kezével írja le az alábbi mondatot annak megfelelően, hogy beleegyezését adja vagy sem:**

„A vizsgálat elvégzésébe beleegyezem.” VAGY „A vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele.”

.....

A beavatkozás előtt Dr. \_\_\_\_\_, fenti intézmény orvosa az elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel, igényeim szerint tájékoztattott. 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 beavatkozásba**

Kedves Betegünk!

Az Ön esetleges betegségének diagnosztizálása érdekében szövettani mintavétel szükséges, amelynek egyik módja a core biopszia. A vizsgálat során az emlőben talált elváltozásból vákuum pisztollyal szövethenger kivétele történik a bőr Lidocainos érzéstelenítését követően. A kimetszett anyagot szövettani feldolgozásra küldjük.

A vizsgálat kockázata: jelenlegi ismereteink szerint a vizsgálatnak nincs kockázata. A daganatsejt szóródás a szűrcsatornában az irodalmi adatok szerint kizárható.

A beavatkozás elmaradásának hátránya, hogy befolyásolhatja a további kezelés sikerességét.

Lehetséges szövődmények: elhúzódó vérzés a beavatkozás helyén, haematoma (vérömleny) képződés, fertőzés, légmell

Az Ön kezelésében részt vesznek: orvos, asszisztens

**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott \_\_\_\_\_ (született: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) TAJ:

\_\_\_\_\_ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-

Rendelőintézet Dunaújváros Radiológiai osztályán elvégzendő fenti beavatkozásba

beleegyezem / nem egyezem bele.

Tudomásom szerint Lidocain érzékenységem van / nincs.

**A beteg aláírását tanúsító két tanú hiányában kérjük, saját kezével írja le az alábbi mondatot annak megfelelően, hogy beleegyezését adja vagy sem:**

**„A vizsgálat elvégzésébe beleegyezem.” VAGY „A vizsgálat elvégzésébe 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.

**A beavatkozás utáni teendőkről szóló írásos tájékoztatót átvettem.**

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**

### **core biopszia vizsgálat utáni teendőkről**

Tisztelt Betegünk!

Önnél a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Radiológiai osztályán core biopsziát végeztünk az emlőjében észlelt elváltozás okának pontosabb tisztázása céljából.

**Core biopszia vizsgálat:** az emlőjében talált elváltozásból szövethenger kivétele történt a bőr érzéstelenítése után. Az anyagot szövettani feldolgozásra küldjük.

#### **A beavatkozás utáni teendőkről az alábbiakban tájékoztatjuk:**

1. A kötést 24 óráig hagyja fent, addig víz ne érje, utána nyugodtan eltávolíthatja.
2. A helyi érzéstelenítés hatása néhány órán belül elmúlik, ezután enyhe fájdalmat érezhet.
3. A fájdalom fokozódása esetén fájdalomcsillapítót bevehet. Szalicilát tartalmú gyógyszert (Aszpirin, Kalmopyrin) egy napig ne szedjen, mert ezek a véralvadást gátolják.
4. Hideg vízzel borogathatja az emlőt.
5. A biopszia után nyugodtan dolgozhat, de javasoljuk, hogy 24 órán belül ne végezzen semmilyen megerőltető tevékenységet (pl. torna, nehéz tárgy emelése).
6. Előfordulhat, hogy a biopszia helye az elkövetkezendő napokban is érzékeny lesz, sőt tapintható csomó is képződhet – ezek a panaszok a következő hetekben fokozatosan maguktól elmúlnak.
7. A biopszia helyén lila véraláfutás keletkezhet, ez a későbbiekben felszívódik.
8. Ha nagyfokú duzzadást, fájdalmat vagy vérzést tapasztal, hívja a radiológiai osztály telefonszámát (25/550-436) munkanapon 8-14 óra között vagy forduljon a beküldő orvoshoz.
9. Szövettani leletét szakrendelésünkön veheti át, melyről az alábbi telefonszámon érdeklődhet: 25/550-439

Reméljük, a vizsgálat semminemű utólagos kellemetlenséggel nem jár az Ön számára!

*Radiológiai osztály*

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELE NEM EGYEZŐ NYILATKOZAT**

Kedves Betegünk!

Kérjük, hogy a vizsgátról szóló alábbi tájékoztatót gondosan olvassa el.

A mammográfia az emlők röntgensugárral történő vizsgálata, mely pontosan képes kimutatni olyan kicsi, kóros elváltozásokat is, melyet alapos klinikai vizsgálattal sem tudunk kitapintani. Az eljárás minimális sugárterheléssel jár (kb. tizedrésze egy gerinc röntgenfelvételnek). A sugárterhelés mértéke még ismételt vizsgálatok esetén sem számottevő. A korszerű mammográfiás berendezések jó minőségű felvételeket készítenek az emlőkről, de ehhez szükséges, hogy az emlőt két, speciálisan kialakított műanyag lemez közé fogjuk és nemzetközi előírásoknak megfelelően összenyomjuk. A legtöbb hölgy a vizsgálatnak ezt a részét kissé kényelmetlennek tartja.

A mammográfia a legmegbízhatóbb eljárás a mellrák kimutatására. Pontossága 85-90 %-os, azaz a kezdődő, kóros elváltozások 10-15 %-a rejtve maradhat, ezért az emlőtípustól függően a vizsgálatot végző orvos meghatározott időnként javasolja a kontroll vizsgálatokat. Ha tapintható elváltozás vagy egyéb klinikai tünete van, a mammográfiát további speciális röntgen- vagy ultrahangvizsgálattal, szükség esetén célzott mintavétellel egészítjük ki.

Amennyiben a tájékoztató elolvasása után további kérdései lennének, kérjük, hogy ezeket az orvosnak tegye fel. Ha Önt az írásos tájékoztató és a kérdésre kapott válaszok nem elégitik ki és ezért vagy bármely más okból a vizsgálat elvégzésébe nem egyezik bele, ezen döntést aláírásával is meg kell erősítenie. Ez esetben a vizsgálat elmaradásából származó következményekért a felelősséget Ön vállalja.

**BELE NEM EGYEZŐ NYILATKOZAT:**

Alulírott \_\_\_\_\_ (született: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_) TAJ:

\_\_\_\_\_ tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet

Dunaújváros Radiológiai osztályán elvégzendő vizsgálatba **NEM egyezem bele**, vállalva ezzel a felelősséget a vizsgálat elmaradásából eredő következményekért.

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.

**A beteg aláírását tanúsító két tanú hiányában kérjük, saját kezével írja le, hogy „A vizsgálat végzésébe nem egyezem bele.”:**

.....

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**

Kedves Betegünk!

Az Ön esetleges betegségének diagnosztizálása érdekében röntgen vizsgálat elvégzése szükséges, mely ionizáló (röntgen) sugárzás alkalmazásával történik.

Tájékoztatjuk, hogy a sugárzásnak magzatkárosító hatása lehet.

**Az Ön vizsgálatában részt vesz: asszisztens**

**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott \_\_\_\_\_ (születési idő:

\_\_\_\_\_, TAJ: \_\_\_\_\_) tanúk előtt tett aláírással

igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Radiológiai osztályán elvégzendő vizsgálatba

beleegyezem / nem egyezem bele.

A nyilatkozat aláírásával egyúttal kijelentem, hogy **tudomásom szerint terhes vagyok.**

**A beteg aláírását tanúsító két tanú hiányában kérjük, saját kezével írja le az alábbi mondatot annak megfelelően, hogy beleegyezését adja vagy sem:**

„A vizsgálat elvégzésébe beleegyezem.”

„A vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele.”

Dunaújváros, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ beteg (gondviselő) 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**

Kedves Betegünk!

Kezelőorvosa röntgensugár alkalmazásával történő számítógépes rétegvizsgálatra (CT vizsgálatra) utalta Önt intézményünkbe. A betegségek pontosabb megállapítása érdekében e vizsgálat során jódtartalmú röntgen kontrasztanyag intravénás befecskendezésére lehet szükség.

A CT vizsgálatok közel fele hosszú idő óta biztonságosan, igen csekély kockázattal intravénás röntgen kontrasztanyagok alkalmazásával történik, melynek során azonban ritkán mellékhatások léphetnek fel. Tájékoztatjuk Önt az alábbi ritka, de lehetséges mellékhatásokról:

Ritkán (100-200 esetből egyszer) enyhe átmeneti tünetek, pl. melegségérzés, hányinger, hányás, bőrvizketés, bőrkiütés, tüszentés stb. fordulhatnak elő.

Nagyon ritkán (2.000-3.000 esetből egyszer) vérkeringési, légzési panaszok, reakciók léphetnek fel.

Rendkívül ritkán (25.000 esetből egyszer) fordulhat elő súlyos, életveszélyes kontrasztanyag reakció.

Fontos tudni, hogy a vizsgálat kockázata kisebb, mint az elmaradása esetén idejében fel nem derített betegségek okozta veszély. Az intravénás kontrasztanyag adásához az Ön beleegyezésére van szükség. Az alábbi kérdésekre adott válaszaival kérjük, segítsen abban, hogy a CT vizsgálat csekély kockázatát tovább csökkentsük.

A megfelelő választ (igen/nem) kérjük, kereszttel jelölje. A \*-gal jelölt kérdésekre, kérjük, aláhúzással válaszoljon.

Az Ön kezelésében részt vesznek: orvos, asszisztens

**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott ..... (név) ..... (szül.idő)

..... (TAJ szám) anyagi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a mai napon

- fekvőbeteg vagyok a ..... Kórház ..... osztályán

- nem vagyok fekvőbeteg egyetlen kórházban sem.\* - **Amennyiben az erről történő nyilatkozat ne felel meg a valóságnak, tudomásul veszem, hogy a CT vizsgálat költsége engem terhel.**

	IGEN	NEM
Korábbi vizsgálata során kapott-e már röntgen kontrasztanyagot (vénás injekciót)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A korábbi (jódtartalmú) kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e kellemetlenségeket, mellékhatást? Ha igen, írja le: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek szívbetege?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek vesebetege? (GFR - kreatinin - érték: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek cukorbetegsége? Inzulin: ..... Gyógyszer: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek pajzsmirigy megbetegedése? Ha igen, a szedett gyógyszer: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek fertőző betegsége, pl. májgyulladás, AIDS vírusfertőzés stb.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beteg aláírása: .....

**Kérjük, fordítsa meg a lapot!** → → →

**CT (számítógépes réteg) vizsgálat**

	IGEN	NEM
Van-e Önnek bármilyen allergiás betegsége, pl. asztma, szénanátha, gyógyszerérzékenység stb.? Ha igen, írja le: .....	O	O
Kezelték-e, kezelik-e más komolyabb megbetegedés miatt? Ha igen, írja le: .....	O	O
Terhes-e Ön?	O	O
Szoptat-e Ön?	O	O
Testsúly: ..... kg                      Testmagasság: ..... cm		

A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, 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.

Tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy a Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros Radiológiai osztályán elvégzendő CT vizsgálatához

**az intravénás kontrasztanyag adásába                      beleegyezem   /                      nem egyezem bele.\***

**A beteg aláírását tanúsító két tanú hiányában kérjük, saját kezével írja le az alábbi mondatot annak megfelelően, hogy beleegyezését adja vagy sem:**

**„Az intravénás kontrasztanyag adásába beleegyezem.”**

**„Az intravénás kontrasztanyag adásába nem egyezem bele.”**

.....

Dunaújváros, 20 .....

.....  
beteg / gondviselő 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:

**A vizsgálat vitális indikáció alapján történik.**

**Dunaújváros, 20 .....**

.....  
**orvos / asszisztens aláírása**