

Infektológiai osztály beleegyező nyilatkozatai:

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

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egészségügyi beavatkozáshoz**Kedves Betegünk!**

Az Ön panaszai, eddigi leletei alapján kezelőorvosa a **hascsapolás** elvégzését tartja szükségesnek a felszaporodott hasúri folyadék (orvosi szóhasználatnál ascites) eltávolításához vagy további vizsgálati mintavételhez. A beavatkozás indoka: _____

Mi a beavatkozás célja? A beavatkozásra egyrészt az Ön panaszainak csökkentéséhez van szükség - tehát kezelése részét képezi -, másrészt betegsége megállapítására, bizonyos betegségek kizárására is lehetőséget teremt. Utóbbi a lecsapolt hasvíz laboratóriumi és mikroszkópos vizsgálatával válik lehetővé.

Mi a beavatkozás lényege? A beavatkozás során a bőr és a bőr alatti szövetek injekciós érzéstelenítésére kerül sor, majd mintegy 1-2 mm vastag csapoló tű bevezetése következik. Utóbbi éppen az érzéstelenítés miatt nagy fájdalmat nem okoz. A csapolás időtartama 10-15 perc, esetleg ennél kissé hosszabb idő. A beavatkozás után néhány órák fekvés szükséges és infúzió adására is szükség lehet. A kinyert folyadék további vizsgálatát intézetünk szövettani és laboratóriumi osztályán tapasztalt szakemberek végzik. Véleményük az Ön további kezelését alapvetően befolyásolhatja.

Mi a beavatkozás várható haszna, előnye?

A vizsgálat alapján hasi 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 hasúri folyadék ilyen hatékony és gyors eltávolítása nem lehetséges.

Milyen veszélyekkel, kockázattal jár a beavatkozás?

Természetesen a módszernek a vizsgálatkor érzett kisebb, pillanatnyi fájdalom mellett komoly veszélyei is lehetnek. Előfordulhat vérpótlást vagy akár altatásban végzendő nyitott hasi műtetet igénylő vérzés, fertőzés, ritkán bélsérülés, illetve 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:

- vérékenység (pl. korábbi sérüléseknél, foghúzásnál)
- véralvadásgátló vagy vérrögképződést gátló szer szedése
- allergia, túlérékenység
- esetleges terhesség
- idült betegség
- súlyos zajló betegség
- beültetett pacemaker (szívritmus-szabályzó)
- szívbillentyű betegség vagy műbillentyű

Milyen előkészítés, előkezelés szükséges a beavatkozáshoz?

A fent már említett kis helyi érzéstelenítésen kívül egyéb előkészítés általában nem szükséges.

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.
- A sok hasvíz vízhajtókkal való eltávolítása esetleg hosszadalmas és akár sikertelen is lehet, a vízhajtás a veseműködés zavarát okozhatja.

- Az eltávolíthatlan hasvíz befertőződése nem ritka és akár életveszélyessé is válhat.

A fenti 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 beleegyezéséről 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 egyszerűhasználatos eszközök alkalmazásával érünk el. **Reméljük, hozzájárulhatunk az Ön mielőbbi gyógyulásához!**

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

BELEEGYEZŐ 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 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:

MELLKASPUNCTIO/MELLKASCAPOLÁS**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat Egészségügyi beavatkozáshoz****Kedves Betegünk!**

Az Ön panaszai, eddigi leletei alapján kezelőorvosa a **mellkascapolás** elvégzését tartja szükségesnek a felszaporodott mellúri folyadék eltávolításához. A beavatkozás indoka: _____

Mi a beavatkozás célja? A beavatkozásra 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, esetleg kissé hosszabb idő is lehet. A beavatkozás után néhány órás 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 helyettesítő eljárás lehetséges? A folyadék vízhajtók adásával is megkísérélhető, de ez hosszú időt vehet igénybe és sikere is kétséges. A mellkascapolás javaslatát éppen azért tettük, mert más megoldást kevésbé tartunk lehetségesnek és sikeresnek.

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. A fertőzés antibiotikum adását igényelheti, a légmell pedig – bár spontán is megoldódhat – szívókezelést tehet szükségessé. 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)
- véralvadásgátló vagy vérrögzépződést gátló gyógyszer szedése
- allergia, túlérzékenység
- esetleges terhesség
- idült betegség
- súlyos zajló betegség
- beültetett pacemaker (szívritmus-szabályzó)
- szívbillentyű betegség vagy műbillentyű

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.

MELLKASPUNCTIO/MELLKASCSAPOLÁS

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 dönthesse a vizsgálatba való beleegyezéséről 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 egyszerűhasználatos eszközök alkalmazásával érünk el. **Reméljük, hozzájárulhatunk az Ön mielőbbi gyógyulásához!**

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

BELEEGYEZŐ 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: