

	EDELÉNYI KOCH RÓBERT KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET	ME-009-A/-04/5
	A MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI ELJÁRÁS EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ VEZETÉSÉNEK RENDJE	Kiadás száma: 1
	TÚBIOPSIA BETEGTÁJÉKOZTATÓ – BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Érvénybelépés időpontja: 2023. 08. 15	Oldal: 1/2

Szervezeti egység:..... **Naplószám:**.....

Beteg neve:..... **TAJ:**.....

Anyja neve:..... **Születési idő**

Lakcím:.....

A BEAVATKOZÁS CÉLJA:

- a tüdő és a mellhártya betegségeinek tisztázása
- cytológiai mintavétel a kórosnak ítélt területéről.

A VIZSGÁLAT MENETE:

Helyi érzéstelenítés után röntgenellenőrzés mellett vékony tűvel történő anyagvétel, cytológiai vizsgálat céljából. A beteg előzőleg nyugtató és köhögéscsillapító injekciót kap. A vizsgálat fájdalommentes, szükség esetén ismételhető.

- A beavatkozás ambulánsan nem végezhető.
- Vizsgálat előtt a vizsgálatot kérő osztályon vérvétel történik, prothrombinszint ellenőrzés, thrombocyta szám, vérzési-, alvadási idő meghatározás céljából.
- Vizsgálat után 24 óra szigorú ágynyugalom szükséges.
- Panaszok esetén: vérköpés, mellkasi fájdalom, nehézlégzés, azonnal szóljon kezelőorvosának.

SZÖVŐDMÉNYEK:

- érzéstelenítő vagy nyugtató injekció iránti érzékenység,
- mintavétellel kapcsolatos kisebb bevérzés a tüdőszövetben,
- vizsgálat után átmeneti vérköpés vagy művi légmell kialakulása lehetséges, amely fektetésre felszívódik, de sebészeti beavatkozás is szükségessé válhat.

Az esetleges szövődmények csökkenése érdekében **KÉRJÜK ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:**

- | | |
|--|------------|
| ➤ Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről: | Igen – Nem |
| ➤ Tud-e vérzékenységről: | Igen – Nem |
| ➤ Szed-e véralvadásgátló gyógyszert: | Igen – Nem |
| ➤ Van-e epilepsziája, zöldhájogja: | Igen – Nem |
| ➤ Van-e beültetett szívritmus szabályozója: | Igen – Nem |
| ➤ Fennáll-e terhesség: | Igen – Nem |
| ➤ Van-e egyéb említésre méltó betegsége: | Igen – Nem |
| Ha igen:..... | |

SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az Ön kórtörténeti előzménye, leletei birtokába adható. Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának vagy az asszisztensnek!

	EDELÉNYI KOCH RÓBERT KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET	ME-009-A/-04/5
	A MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI ELJÁRÁS EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ VEZETÉSÉNEK RENDJE	Kiadás száma: 1
	TÚBIOPSIA BETEGTÁJÉKOZTATÓ – BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Érvénybelépés időpontja: 2023. 08. 15	Oldal: 2/2

Nyilatkozat a beavatkozás elvégzéséhez

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást megértettem. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon döntssek. A feltett kérdéseimre választ kaptam.
A beavatkozás elvégzéséhez hozzájárulok.

.....
felvilágosító orvos aláírása, Ph.

.....
beteg/törvényes képviselő aláírása

Edelény,.....év.....hó.....nap

Nyilatkozat a beavatkozás elutasításáról

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem, hogy jogom van a beavatkozás elutasítására. Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

.....
beteg/törvényes képviselő aláírása

.....
felvilágosító orvos aláírása, Ph.

.....
szakdolgozó

Edelény,.....év.....hó.....nap