

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT (invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.)

Szövettani mintavétel (core biopsia)

I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Önnek érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa el a tájékoztatót. Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

I. Beavatkozás megnevezése:

Szövettani mintavétel – core biopsia

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A beavatkozást ambulánsan, steril körülmények között végezzük.

Diagnosztikus céllal helyi érzéstelenítésben ultrahang vagy röntgen képi vezérlés mellett az elváltozásból egy speciális eszközzel szövethengereket (esetenként 2-3 minta) veszünk. A vett minta szövettani feldolgozásra alkalmas, melyet pathológus kolléga értékel.

A tűszúrás során – ha szükséges és lehetséges – MR kompatibilis jelölő klip is behelyezésre kerülhet.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A vett minta szövettani feldolgozása után az elváltozás pontos diagnózisa állítható fel, mely a további kezeléshez szükséges.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

Az eljárás biztonságos, szövődmény igen ritkán fordul elő.

Az érzéstelenítő beadása kis tűszúrásnyi fájdalommal jár. A beszúrás helyén ritkán vérömleny keletkezhet.

Daganatszóródás a szakirodalmi adatok alapján elhanyagolható valószínűségű.

A biopszia során kis valószínűséggel vérzés, fertőzés, esetleg egyéb szervsérülés alakulhat ki. Bármilyen szokatlan tünet (duzzadás, fájdalom, légszomj) esetén azonnali orvosi vizsgálat szükséges.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

Nem ismert.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A beavatkozás elmaradása megnehezíti a pontos diagnózis felállítását, ezáltal elhúzódhat a gyógyulási folyamat, illetve állapotromlás következhet be.

A pontos diagnózis hiányában nehezebben, vagy egyáltalán nem állítható fel korrekt kezelési terv.

VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás során:

A core biopsziás mintavétel során igen kis valószínűséggel szövődmény léphet fel (nagyobb vérzés, fertőzés, esetleg egyéb szervsérülés). Az esetlegesen kialakult szövődmények kórházunkban szakszerűen ellátásra kerülnek.

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Az eljárás más veszélytelen, egyszerű, műtéti beavatkozást nem igénylő eljárással nem helyettesíthető. Az emlő MR vizsgálat sem tud szövettani diagnózist adni.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

Az elváltozásból vett szövetminta patológiai feldolgozás után pontos diagnózishoz jutunk.

X. Beavatkozást követő életmód:

Az mintavétel helyére fedőkötést (nyomókötést) teszünk, melyet 24 órán keresztül ne távolítson el, a területet víz sem érheti. A nyomókötés eltávolítása után a bőrön lévő kis sebet még néhány napig normál sebtapasszal fedje le.

A helyi érzéstelenítő hatásának elmúlásával enyhe fájdalmat érezhet. Ha ez fokozódik, fájdalomcsillapítót vehet be (pl. Algopyrin. Donalgin, Demalgon...)

Szalicilát tartalmú gyógyszert (Kalmopyrin. Aszpirin) egy napig ne szedjen, mert ezek a véralvadást gátolják.

Hideg vízzel borogathatja az emlőt

A beavatkozás után nyugodtan dolgozhat, de megerőltető tevékenységet néhány napig még ne végezzen. (nehéz tárgy emelése, torna).

Előfordulhat, hogy a biopszia helye az elkövetkező napokban is érzékeny lesz, sőt tapintható csomó is keletkezhet – ezek a panaszok az elkövetkező hetekben fokozatosan, maguktól elmúlnak. A biopszia helyén lila véraláfutás keletkezhet, mely a későbbiekben felszívódik.

Nagyfokú fájdalom, duzzanat vagy vérzés esetén hívja rendelésünket, vagy forduljon beküldő orvosához.

II. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve:

Beteg neve:

Születési ideje: TAJ száma:.....

A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:

Egészségi állapot, ennek orvosi megítélése:

.....
.....
.....

A javasolt beavatkozás megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázatai a Beteg esetében:

.....

.....

.....

Lehetséges alternatív eljárás, módszer a Beteg esetében:

.....

.....

.....

A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

.....

Az ellátás folyamata és várható kimenetele a Beteg esetében:

.....

.....

.....

További ellátások, javasolt életmód a Beteg esetében:

.....

.....

.....

A beteg kérdései:

.....

.....

.....

A kérdésekre adott válaszok:

.....

.....

.....

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéni**esített, teljes körű tájékoztatást a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest,

A beavatkozást végző orvos neve:

aláírása, pecsétje

Tisztelt Betegünk!

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógymód kiválasztására kerül sor.

A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen. A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

A BETEG (VAGY KÉPVISELŐJE) TÖLTI KI:

1. E nyilatkozatot a Szent Margit Kórház keretében kezelt *[Kérjük, húzza alá a megfelelőt!]*

- **betegként**
- a beteg **törvényes képviselőjeként** adom.

(A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)

2. **Kijelentem**, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógymódok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.

3. **Felkérem és felhatalmazom** a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.

4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:** *(ha nincs ilyen, kérjük ezt a részt áthúzni)*

.....
.....
.....

(Kérjük, itt jelölje meg, mibe nem egyezik bele akkor sem, ha annak elmaradása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)

5. **Tudomásul veszem**, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli. **Tudomásul veszem**, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

6. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körütekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

7. **Beleegyezem** abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetszövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizték.

8. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

9. **Tudomásomra hozták**, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.

10. **Kijelentem**, hogy a javasolt gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövetszövetmegváltozásokról és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

11. **Kijelentem** továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírásommal is megerősítem.

**A beavatkozással kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.
A beavatkozással kapcsolatos beteg tájékoztatót elolvastam.**

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli beteg tájékoztató tartalmát megértettem és elfogadom, ezek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.

Kelt: Budapest,
a beteg vagy képviselője aláírása

Név és lakcím (ha nem a beteg, hanem a képviselője írta alá):

.....

Tanúk (név/aláírás/lakcím) – ha szóban vagy más módon tette a nyilatkozatot a beteg:

1.

.....
.....

2.

.....
.....

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg jelenlegi egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes. A képviselője nyilatkozatának beszerzése olyan késedelemmel jár, mely a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi beavatkozás elvégzése szükséges.

Kelt: Budapest,

.....
beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
osztály-/ügyeletvezető orvos
aláírása, pecsétje