

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

VÉKONYTŰVEL TÖRTÉNŐ MINTAVÉTEL

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:

Vékonytűvel történő mintavétel (Aspiratio cytologia)

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A kórosnak gondolt elváltozásból diagnosztikus céllal ultrahang vezérlés segítségével egy vékony, üreges tűvel sejttani mintavétel, esetenként folyadékgyülemek (cysta, tályog) leszívása történik.

A vett minta sejttani feldolgozásra alkalmas, melyet pathológus kolléga értékeli.

A mintavétel ambulánsan történik. Nem kell éhgyomorra jönnie, a gyógyszereket is be lehet venni. A vizsgálat néhány percig tart.

Bőrfertőtlenítés után ultrahangvezérléssel vékony tűt szúrunk a vizsgálandó területbe, majd vákuum segítségével sejteket, vagy folyadékot szívunk ki. A tű kihúzása után annak helyére kis ragasztás kerül.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

Az elváltozásból nyert sejtek cytológiai vizsgálata nagy, de nem 100%-os biztonsággal határozza meg a képlet természetét, mely a pontos diagnózist teszi lehetővé.

Igen ritkán előfordulhat pathológiai pontatlanság.

A folyadékot tartalmazó képletek (cysta, tályog) tartalmának lebecsátása csaknem minden esetben gyógyítási céllal történik, így elkerülhetővé válhat a műtéti beavatkozás, illetve állapotromlás.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

A beavatkozást követően a szúrás helyén minimális vérzés és enyhe fájdalom jelentkezhet. Erősebb vérzések rendkívül ritkák. Még ritkábban előfordulhat a szúrás helyén sebgyógyulási zavar (fertőzés).

Igen minimális valószínűséggel egyéb szervsérülés is kialakulhat.

Az emlőben lévő implantátum sérülése az ultrahang vezérelt képi célzás miatt minimális valószínűségű. Esetleges implantátum sérülés gyanújakor a vizsgáló orvos erről írásban tájékoztatást ad.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

Nem ismert.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A beavatkozás elmaradása megnehezíti a pontos diagnózis felállítását, ezáltal a gyógyulási folyamat elhúzódhat, illetve állapotromlás is bekövetkezhet. A pontos diagnózis hiányában nehezebben, illetve egyáltalán nem állítható fel korrekt kezelési terv.

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

A cytológiai minta bizonytalan eredménye, vagy a radiológus véleményével nem megegyező pathológiai diagnózis esetén kiegészítő vizsgálatra van szükség. Ez lehet emlő elváltozásnál a képletből vett vastagtű (core) biopsiás mintavétel, vagy emlő MR vizsgálat. Erre javaslatot a radiológus kolléga vagy a kezelőorvos tehet.

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

A kórosnak gondolt elváltozás megítélésére kontrasztanyagos emlő MR vizsgálat is szóba jöhet, bár ez sem ad feltétlenül 100 %-os biztonsággal diagnózist.

Pajzsmirigy apiratos cytológiai vizsgálat esetén szcintigráfias vizsgálat.

Egyéb lágyszövetek esetén MR vizsgálat szóba jöhet.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

A folyadékot tartalmazó elváltozások (cysta, tályog) a beavatkozás során – amennyiben lehetőség van rá – gyógyítási céllal, egészében leszívásra kerülnek.

A folyadékot nem tartalmazó elváltozásokból a mintavétel során nyert sejtek által pontosabb diagnózis állítható fel.

X. Beavatkozást követő életmód:

Javasoljuk, hogy a mintavétel napján kerülje a túlzott fizikai megterhelést.

II. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve: OEP kód:.....

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 kockázata 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 Budapesti 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, szövetmintákat 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 szövődményeiről 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 döntsek a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírással is megerősítem.

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

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli betegtájékoztató 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 késsedelemmel 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