

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat mammográfiás vizsgálat elvégzéséhez

— Kedves Páciensünk!

Kérjük, beleegyezését megelőzően figyelmesen olvassa el a vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődeményekkel kapcsolatos információkat.

— Általános tudnivalók

A mammográfia az emlők röntgenvizsgálata. Ez a speciális módszer kisenergiájú ún. lágy röntgensugárzást használ. A vizsgálat során kétirányú felvétel készül mindkét emlőről. A kiváló képminőség biztosítása, valamint a sugárterhelés csökkentése érdekében az emlőket plexilemez segítségével összenyomjuk (komprimáljuk), ami néha kisebb, de elviselhető fájdalommal járhat. A kellemetlenség kisebb a menstruációt követő héten, ezért célszerű a vizsgálatot, ha lehetséges, a menstruáció utáni hétre időzíteni.

Privát centereink mindegyikében elérhető a háromdimenziós emlő tomosztézis, mely jelenleg a legmodernebb és legmegbízhatóbb diagnosztikai eljárás az emlők szűrésére vagy elváltozásainak megítélésére.

A vizsgálat sugárterheléssel jár, melynek mértéke azonban még rendszeres, évente végzett emlővizsgálatok esetén is minimális. Ennek ellenére az eljárás nem végezhető terhességben és szoptatás ideje alatt. Nem kizáró ok, de közvetlenül a menstruáció előtt inkább kerülendő a vizsgálat.

— A vizsgálat menete

A felvételek elkészítése előtt a röntgenasszisztens néhány kérdést tesz fel. Az emlők vizsgálatához a felsőtestet szabadabbá kell tenni, majd az utasításoknak megfelelően a vizsgáló készülék elé kell állni, ahol a képzett asszisztensek elkészítik a felvételeket.

A vizsgálat után a radiológus megvizsgálja (fizikális vizsgálat). Amennyiben Ön UH-vizsgálatot is kért vagy a radiológus úgy ítéli meg, hogy szükséges, a fizikális vizsgálat az UH-os vizsgálóban is megtörténhet. Az adatok felvétele, a fizikális vizsgálat és a röntgenfelvételek elkészítése kb. 10-15 percet vesz igénybe. Amennyiben Önnek komplex emlővizsgálata lesz (fizikális vizsgálat+mammográfia+UH) akkor a vizsgálat ideje kb. 20-30 perc.

Szervezett lakossági emlőszűrést végző központjainkban az elkészült felvételeket két orvos egymástól függetlenül értékeli. Ha egyikük sem talál kóros eltérést, akkor további vizsgálatra nincs szükség. Amennyiben valamilyen kóros eltérést, vagy erre utaló gyanút találnak, akkor további felvételekre, illetve kiegészítő vizsgálatokra (ultrahang vizsgálat, sejt- vagy szövethenger mintavétel) lehet szükség. Ezekre a vizsgálatokra külön előjegyzést és értesítést kap. A kiegészítő vizsgálatokat az alapfelvételeket értékelő orvos végzi, és az eredményről tájékoztatja Önt.

Amennyiben további kérdése van, forduljon a vizsgálatot végző egészségügyi személyzethez vagy a vizsgálatot irányító szakorvoshoz!

Mint minden diagnosztikai vizsgálatba, úgy a mammográfiás vizsgálatba is az egészségügyről szóló törvény előírása szerint, amennyiben kéri annak elvégzését, Önnek bele kell egyeznie. A beleegyező nyilatkozat aláírása nélkül a vizsgálatot nem végezhetjük el.

— Köszönjük együttműködését, jó egészséget kívánunk!

Vizsgálati kérdőív

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre, válaszát a jelölőnégyzet használatával X jellel jelölje.

Tudomása szerint Ön terhes?

Igen/Lehetséges Nem

Figyelem! Amennyiben Igen/Lehetséges a válasz, a „Várandós nyilatkozat ionizáló sugárzást alkalmazó vizsgálat elvégzéséhez” nyilatkozat kitöltése is szükséges!

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Mikor történt korábban emlő UH vizsgálat?

év hónap

Nem történt

Mikor történt korábban emlő MR vizsgálat?

év hónap

Nem történt

Emlő műtét történt-e?

- Igen, jóindulatú folyamat miatt
 Igen, rosszindulatú folyamat miatt
 Igen, plasztika miatt
 Nem

Sugárkezelés történt -e?

- Igen
 Nem

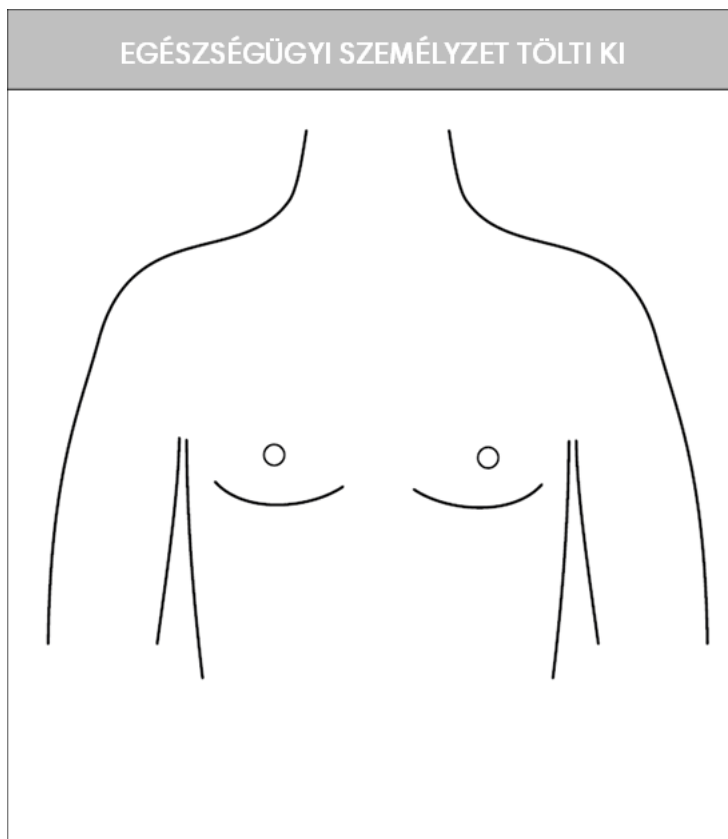
Volt-e citológiai vizsgálata?

- Igen
 Nem

Volt-e emlő biopsziája?

- Igen, jóindulatú eredménnyel
 Igen, rosszindulatú eredménnyel
 Igen, bizonytalan eredménnyel
 Igen, nem informatív eredménnyel
 Nem

EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET TÖLTI KI



— Jelenleg milyen panaszai vannak?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Tapintható csomó? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs csomó |
| Bimbóbehúzóadás? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs bimbóbehúzóadás |
| Bőrelváltozás? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs bőrelváltozás |
| Emlőfájdalom? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs emlőfájdalom |
| Bimbóváladékozás? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs bimbóváladékozás |
| Bimbóváladék színe? | <input type="checkbox"/> Véres | <input type="checkbox"/> Sárgás | <input type="checkbox"/> Egyéb |

Egyéb panaszok:

— Családi előzmény

Előfordult-e emlő vagy petefészek daganat a családban?

- Szülőnél Nagyszülőnél Testvérnél Nem fordult elő

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

— Előzmények

Emlőgyulladás volt –e?

 Igen Nem

Trauma, ütés érte-e az emlőket?

 Igen Nem

Hormonpótlást szed?

- Igen, 1-3 hónapja
 Igen, 6 hónapja
 Igen, 1 éve
 Igen, 2 éve
 Igen, 2-5 éve
 Igen, 5-10 éve
 Igen, több, mint 10 éve
 Nem szedek

Egyéb információk

- Lombikprogram keretében jelenleg kezelés alatt állok
 Pajzsmirigy betegségem van
 Cukorbetegségem van
 Vérképzőszervi betegségem van
 Fogamzásgátló tablettát szedek

Utolsó menstruáció időpontja

 év hónap

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott kijelentem, hogy teljes körű, számomra érthető és megfelelő írásbeli és szóbeli tájékoztatásban részesültem, különös tekintettel a vizsgálat céljáról, menetéről, elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, az esetleges szövődményekről, továbbá döntési jogomról a vizsgálatok, beavatkozások tekintetében. Lehetőségem volt további kérdezésre, a beavatkozással kapcsolatos kérdéseimre (ha volt ilyen) kielégítő választ kaptam, az elhangzottakat megértettem. Lehetőségem volt az eljárásban közvetlenül közreműködő személyek nevének, szakképesítésének és beosztásának megismerésére. Több kérdésem nincs, további gondolkodási időre nincs szükségem. Döntésem meghozatalához elegendő idő állt a rendelkezésemre, és a hozzájárulást bármely kényszertől mentesen, tiszta tudattal adom meg.

A vizsgálat lényegét megértettem, a mammográfiás vizsgálatba beleegyezem.

Páciens (vagy törvényes képviselőjének) aláírása

Amennyiben a PÁCIENS NEM TUD A MAGA NEVÉBEN nyilatkozni és/vagy aláírni, ennek oka

- 18 év alatti Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen felnőtt
 Egyéb – kérjük részletezze!

Törvényes képviselő teljes neve
(Kérjük nyomtatott betűvel, olvashatóan kitölteni!)

Beleegyező nyilatkozat aláírásának dátuma