

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat műtét előtti drótjelölés elvégzéséhez sztereotaxiás vezérléssel

— Kedves Páciensünk!

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

— Általános tudnivalók

Ezt a típusú vizsgálatot mindig az alap mammográfia után **kiegészítő vizsgálatként** végezzük és minden esetben orvos dönt a vizsgálat elvégezhetőségéről. Ez a vizsgálat sugárterheléssel jár.

Az Ön emlőjéből egy nem tapintható elváltozás műtéti eltávolítását tervezik és ehhez szükséges, hogy ezt az elváltozást a műtétet végző sebész számára megjelöljük.

Korábbi emlő vonatkozású leleteit, zárójelentéseit, filmjeit, CD-it kérjük feltétlenül adja le a recepción vagy az asszisztensnél!

A jelölés a műtét napján történik, ezért a műtét előkészítésre vonatkozó utasításokat kell betartania.

— A vizsgálat menete

Az előző vizsgálatok során igazolt kóros képletet a radiológus szakorvos, sztereotaxiás vezérléssel egy speciális vékony jelölődróttal megjelöli. A jelölés a mammográfiás vizsgálatban, szakorvosi irányítással, röntgen vezérelten ülve vagy fekvé történik. A beavatkozás alatt az emlő végig kompresszió alatt van. Érzéstelenítést nem igényel mert egy vékony tű beszúrása után, a tűt a megfelelő pozícióba vezetve, azt eltávolítjuk és csak a vékony, rugalmas drót marad az emlőben, melyet a műtét során a sebész a megjelölt elváltozással együtt el fogja távolítani.

Ezek után a drót pozíciójának ellenőrzésére két röntgenfelvétel készül.

A drótot steril fedőkötéssel a bőrhöz rögzítjük.

— Lehetséges veszélyek, szövődmények és azok elkerülése, elhárítása

Előfordulhat, hogy a pontos jelöléshez több drótra is szükség van vagy az első drótot nem sikerült az optimális helyre bevezetni, ezért több szúrásra is szükség lehet. Ez az Ön számára veszéllyel nem jár, mert a műtét során az összes drót eltávolításra kerül. A tű bevezetésének helyén esetlegesen jelentkező kis vérzés nem okoz problémát a műtéti beavatkozás során.

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

Mint minden diagnosztikai vizsgálatba, úgy a sztereotaxiás vezérléssel történő műtét előtti jelölődrót behelyezésbe 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!

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

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!

Tud-e vérzékenységről?

Igen Nem

Szed-e véralvadásgátló gyógyszert?

Igen Nem

Tud-e alkohol vagy Lidocain érzékenységről?

Igen Nem

Tud-e egyéb gyógyszerérzékenységről?

Igen Nem

Tud-e arról/van-e Önnek fertőző betegsége?

Igen Nem

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 sztereotaxiás vezérléssel történő műtét előtti jelölődrót behelyezésbe 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