

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat műtét előtti Magseed jelölés 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 vizsgálat menete

Az előző vizsgálatok során igazolt kóros képletet a radiológus szakorvos, sztereotaxiás vezérléssel egy speciális, néhány milliméter nagyságú, mágneses jelet adó klippel megjelöli. A jelölés a mammográfiás vizsgálatban, szakorvosi irányítással, röntgen vezérelten (sugárterheléssel jár), ülve vagy fekvé történik. A beavatkozás alatt az emlő végig kompresszió alatt van. Helyi érzéstelenítést követően egy, a klippet tartalmazó tűt vezetünk a megfelelő pozícióba és a klippet kioldva azt az elváltozásba hagyjuk. A tűt eltávolítjuk.

A klippet a későbbiekben, a műtét során a sebész a megjelölt elváltozással együtt el fogja távolítani.

Ezek után a klipp pozíciójának ellenőrzésére két röntgenfelvétel készül.

A területet steril fedőkötéssel látjuk el.

— Lehetséges veszélyek, szövődmények és azok elkerülése, elhárítása

Előfordulhat, hogy a pontos jelöléshez több klippre és ezért több szúrásra is szükség lehet. Ez az Ön számára veszéllyel nem jár. A behelyezett marker az egészségre ártalmatlan, MR kompatibilis és a későbbiekben sem igényel eltávolítást, de egy esetleges műtét során az elváltozással együtt eltávolításra kerül. A tű bevezetésének helyén esetlegesen jelentkező kis vérzés magától felszívódik.

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 Magseed (mágneses jelet adó klipp) behelyezésébe 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 kényszerből mentesen, tiszta tudattal adom meg.

A vizsgálat lényegét megértettem, a sztereotaxiás vezérléssel történő műtét előtti Magseed (mágneses jelet adó klipp) behelyezésébe beleegyezem.

Páciens (vagy törvényes képviselőjének) aláírása

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

18 év alatti Korlátozottan cselekvőképés vagy cselekvőképtelen felnőtt

Egyéb - kérjük részletezze!

Törvényes képviselő teljes neve

(Kérjük nyomtatott betűvel, olvashatóan kitölteni!)

Beleegyező nyilatkozat aláírásának dátuma