

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat sztereotaxiás 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

Ezt a típusú vizsgálatot mindig az alap mammográfia után kiegészítő vizsgálatként végezzük és minden esetben orvos dönt a vizsgálat elvégezhetőségéről. Ez a speciális módszer kisenergiájú ún. lágy röntgensugárzást használ.

— A vizsgálat menete

A szakorvos által meghatározott kóros képletből, mammográfiás szakorvos végzi, röntgen vezérelten (sugarterheléssel jár) a mintavételt. A mintavétel mindig vastagtűvel történik. Helyi érzéstelenítés (Lidocain vagy Ultracain érzéstelenítővel, mint a fogorvosnál) és egy apró bőrmetszés után vezetik a tűt az elváltozáshoz. A mintavétel során szövethengereket nyerünk ki az elváltozásból. Mammográfiához hasonló módon, röntgen vizsgálat során történik a mintavétel, mely alatt a páciens emlője végig kompresszió alatt van. A vizsgálat ülő vagy oldalfekvő pozícióban történik. A vizsgálat nem igényel előkészítést. Étel/ital fogyasztása a vizsgálat előtt megengedett, kifejezetten javasolt a vércukorszint esés megelőzésére. Gyógyszereket be lehet venni, kivéve a vérhígítót! A kinyert szövethengereket külső intézménybe (patológiára) küldjük, 10 munkanapon belül kapjuk vissza az eredményt, erről e-mailben bizonyos esetekben telefonon is tájékoztatja a központ a páciens. Kérjük, hogy vizsgálati előzményeit (írásos leleteket és képanyagokat) hozza magával. Kiemelten fontos, amennyiben más intézményben készültek az előzmények, ami alapján a vizsgálatot kéri. A vizsgálat után, ha az érzéstelenítő hatása elmúlik és fájdalmas a terület, be lehet venni fájdalomcsillapítót (ibuprofént, paracetamolt), lehet esetleg jegelni a területet, érdemes aznap sportmelltartóban aludni, hogy megtámassza a kötést, aznap a kötést víz nem érheti, 2-3 napig nem szabad nehéz fizikai munkát végezni. Uszoda és szauna kerülendő.

A mintavétel helyének megjelöléséhez apró fém marker behelyezésére lehet szükség. Ennek behelyezése a mintavétel bőrmetszésén keresztül történik, teljesen fájdalommentes. A behelyezett marker az egészségre ártalmatlan, MR kompatibilis és a későbbiekben sem igényel eltávolítást.

A szövettani vizsgálat eredményét, az általunk végzett radiológiai vizsgálattal együttesen értékeljük és végleges írásos leletet adunk.

— Lehetséges veszélyek, szövődemények és azok elkerülése, elhárítása

A mintavétel helyén lévő nyomókötetést 24 óráig hagyja rajta, utána eltávolíthatja. Fontos, hogy víz nem érheti a kötést. A helyi érzéstelenítő hatása néhány óra alatt elmúlik, ezután enyhe fájdalmat érezhet. Ha ez fokozódik, bármilyen fájdalomcsillapítót bevehet (Algopyrin, Demalgon, paracetamol készítmény), rövid ideig (max. 10 perc, vékony textilen keresztül) jégzsélével hűtheti a területet. Szalicilát tartalmú gyógyszert (Aspirin, Kalmopyrin) egy napig ne szedjen, mert ezek véralvadást gátolják. A mintavétel után nyugodtan dolgozhat, de javasoljuk, hogy a következő 24 órában ne végezzen megerőltető tevékenységet (edzés, nehéz fizikai munka), illetve kerülje a szauna használatát.

Előfordulhat, hogy a mintavétel helye az elkövetkező napokban is érzékeny lesz, esetleg tapintható csomó is kialakulhat, illetve a mintavétel helyén lila véraláfutás keletkezhet, ezek a panaszok néhányhéten belül fokozatosan maguktól elmúlnak.

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

Mint minden diagnosztikai vizsgálatba, úgy a sztereotaxiás 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!

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!

Amennyiben Önnek egy hónapon belül, Affidea egészségügyi intézményben mammográfiás vizsgálata történt és nem állt be változás a korábban felvett előzményekhez képest, a következő kérdésekre nem kell újból válaszolni, azonban az alábbi nyilatkozatot és a vizsgálatba beleegyező nyilatkozatot alá kell írnia.

Nyilatkozom arról, hogy egy hónapon belül az Affidea egészségügyi intézményében történt mammográfiás vizsgálatomnál megadott válaszaimban változás nem történt.

Páciens (vagy törvényes képviselőjének az) aláírása

Amennyiben egy hónapon túl, vagy nem Affidea egészségügyi intézményben történt mammográfiás vizsgálata, kérjük az alábbi Mammográfiás vizsgálati kérdőív kitöltését is.

Mammográfiás vizsgálati kérdőív

Korábbi mammográfia helye:

Affidea központ

Más egészségügyi szolgáltató

Korábbi mammográfia ideje:

év hónap

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?

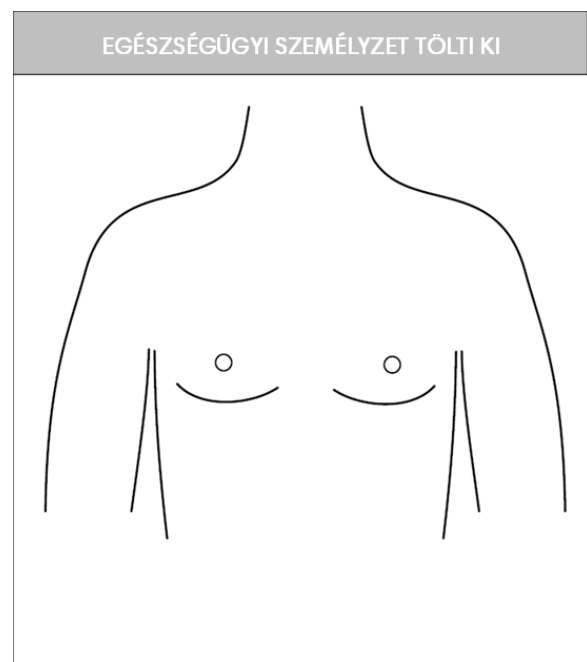
Igen

Nem

Volt-e citológiai vizsgálata?

Igen

Nem



Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Volt-e emlő biopsziája?

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

— Jelenleg milyen panaszai vannak?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Tapintható csomó? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs csomó |
| Bimbóbehúzóds? | <input type="checkbox"/> Bal oldalon | <input type="checkbox"/> Jobb oldalon | <input type="checkbox"/> Nincs bimbóbehúzóds |
| 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

— 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

évhónap

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

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 kérdésre, 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 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