

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat ultrahang-vezérelt citológiai mintavételhez

— Kedves Páciensünk!

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

— Általános tudnivalók

Az ultrahang (UH) vizsgálat könnyen kivitelezhető, fájdalomtalan vizsgálómódszer, amelynek káros mellékhatása nem ismert. A diagnosztikai vizsgálatok mellett a mintavételek és műtét előtti jelölések elvégzésére is használjuk, ezzel ellenőrizzük a tű útját, az eszközök pozícióját.

A vizsgáló orvos a berendezés által mutatott képet kimerevítheti, a képen látottakat lemérheti, a képanyagot digitálisan rögzíti.

A kinyert mintákat külső intézménybe (patológiára) küldjük, 14 munkanapon belül kapjuk vissza az eredményt, erről e-mailben, szakmai indok alapján telefonon is tájékoztatja az orvos a páciens. A citológiai vizsgálat eredményét, az általunk végzett radiológiai vizsgálattal együttesen értékeljük és végleges írásos leletet adunk.

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

— UH vezérelt vékonytűs citológiai mintavétel

— Vizsgálat célja

A korábbi vizsgálatok során talált és/vagy tapintható elváltozásból sejttani vizsgálatához mintavétel szükséges. Kis folyadékgyülemek (ciszták, műtét utáni seromák) esetében a vékonytűvel történő folyadékleszívás terápiás célú. Az UH vezérlés lehetővé teszi a mintavétel helyének pontos meghatározását, ellenőrzését.

— Vizsgálat menete

A mintavétel fekvé történik, bőrfertőtlenítést követően vékony tűvel sejteket távolítunk el az elváltozásból, melyeket citológiai vizsgálatra továbbítunk.

— Lehetséges szövődemények

A beavatkozás után keletkezhet kis vérömleny a mintavétel helyén. Nagyon ritkán helyi gyulladás léphet fel.

— A beavatkozás elmaradásának veszélyei

A sejttani mintavétel segíti a pontos diagnózis felállítását, ennek elmaradása megnehezíti azt, ezért elhúzódhat a gyógyulási folyamat, illetve állapotromlás következhet be. Ez a mintavétel más, egyszerű műtéti beavatkozást nem igénylő módszerrel nem helyettesíthető. Ciszták esetében elkerülhetővé válik a műtéti beavatkozás.

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

Mint minden diagnosztikai vizsgálatba, az UH vezérelt citológiai mintavételbe 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.

- | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| Tud-e vérzékenységről? | <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem |
| Szed-e véralvadástgátló gyógyszert? | <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem |
| Tud-e alkohol vagy Lidocain érzékenységről? | <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem |
| Tud-e egyéb gyógyszerérzékenységről? | <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem |
| Tud-e arról/van-e Önnek fertőző betegsége? | <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> 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, az ultrahang-vezérelt citológiai (sejtani) mintavételbe 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