

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat ultrahang-vezérelt műtét előtti drótjelölés elvégzéséhez

— Kedves Páciensünk!

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

— Általános tudnivalók

Az Ön emlőjében 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 műtéti előkészítésre vonatkozó utasításokat kell betartania.

— A vizsgálat menete

Az előző vizsgálatok során igazolt kóros képletet a radiológus szakorvos, ultrahang (UH) irányítása mellett egy speciális vékony jelölődróttal megjelöli. A jelölés az UH vizsgáloban, műtéti pozícióban, fekvé történik. 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.

Kísérővel, - a műtétet végző orvossal megbeszéltek szerint - Ön a műtét helyszínére távozhat.

— Lehetséges veszélyek, szövődemények 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 UH-vezérelt műtét előtti drótjelölésbe 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.

Tud-e vérékenységről?	<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

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, az ultrahang-vezérelt műtét előtti drótjelölésbe 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