

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat ultrahang-vezérelt hisztológiai mintavételhez (core biopsia)

— Kedves Páciensünk!

Kérjük, beleegyezését megelőzően figyelmesen olvassa el a vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődményekkel 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 szövettani 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 szövettani mintavétel (core-biopszia)

— Vizsgálat célja

A korábbi vizsgálatok során talált és/vagy tapintható elváltozásból szövettani vizsgálathoz mintavétel szükséges. Az UH vezérlés lehetővé teszi a mintavétel helyének pontos meghatározását, ellenőrzését.

— A vizsgálat menete

A mintavétel fekvésben történik, bőrfertőtlenítést és helyi érzéstelenítést követően a bőrön ejtett kis metszésen keresztül speciális tűvel apró szövethengereket metszünk ki az elváltozásból. A mintavételt legalább háromszor megismételjük. A mintavétel után az érintett terület fölé nyomókötést helyezünk.

— Lehetséges szövődmények

A mintavétel közben esetleg előfordulhat kifejezettebb vérzés, ezért a mintavétel után hosszabb kompresszióra lehet szükség a mintavételi terület felett. A beavatkozás után keletkezhet kis vérömleny a mintavétel helyén. Nagyon ritkán helyi gyulladás léphet fel.

— A beavatkozás elmaradásának veszélyei

A szövettani 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.

— Tudnivalók szövettani mintavétel (core-biopszia) után

A mintavétel helyén lévő nyomókötést lehetőleg 48 óráig hagyja rajta, utána eltávolíthatja. Víz nem érheti a kötést. A helyi érzéstelenítő hatása néhány óra múlva elmúlik, ezután enyhe fájdalmat érezhet. Ha ez fokozódik, bármilyen fájdalomcsillapítót bevehet (Algopyrin, Demalgon, Paracetamol készítmény), rövid ideig (max. 10 perc, vékony textilen keresztül) jégzsellel hűtheti a területet. Szalicilát tartalmú gyógyszert (Aspirin, Kalmopyrin) egy napig ne szedjen, mert ezek a 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 biopszia helye az elkövetkező napokban is érzékeny lesz, esetleg tapintható csomó is kialakulhat, illetve a mintavétel helyén lila véraláfutás keletkezhet, ezek a panaszok néhány héten belül fokozatosan, maguktól elmúlnak.

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

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

Mint minden diagnosztikai vizsgálatba, úgy az ultrahang-vezérelt hisztológiai mintavételbe is az egészségügről 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 vérzékenységről?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Szed-e véralvadástgató 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 gyógyszerérezékenységről?	<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 szövödményekről, 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, az ultrahang-vezérelt hisztológiai (szövettani) 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