

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat ultrahang-vezérelt műtét előtti Magseed jelölés elvégzéséhez

— Kedves Páciensünk!

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

— Általános tudnivalók, a vizsgálat célja

Az Ön emlőjében egy nem tapintható elváltozás megjelölésére van szükség kezelés vagy műtéti eltávolítás céljából. Korábbi emlő vonatkozású leleteit, zárójelentéseit, filmjeit, CD-it kérjük feltétlenül adja le a recepción vagy az asszisztensnél!

— Műtét előtti Magseed jelölés ultrahang-vezérléssel

— A vizsgálat menete

Az előző vizsgálatok során igazolt kóros képletet a radiológus szakorvos, ultrahang (UH) irányítása mellett egy speciális, néhány milliméter nagyságú, mágneses jelet adó klippel megjelöli. A jelölés az UH vizsgálatban fekvé történik. Helyi érzéstelenítést követően egy, a klippet tartalmazó tűt vezetünk a megfelelő pozícióba és a klippet kioldva azt az elváltozásban 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 az ultrahang-vezérelt műtét előtti Magseed (mágneses jelet adó klipp) jelölésbe 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 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

Kérjük nyomtatott betűvel 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 Magseed (mágneses jelet adó klipp) jelölésbe 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