## Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet H-8582 Farkasgyepű

FARKAS GYEPÜ

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: tudogyogy@globonet.hu; tudogyogytitk@globonet.hu

# Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (Transzthoracalis tűbiopsia)

Beteg neve:	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••••••	
Anyja neve:		•••••	
Születési idő:			
Lakcím:	•••••		

### Beavatkozás: A tüdőből diagnosztikus céllal történő mintavétel

Tájékoztatjuk, hogy a tervezett beavatkozás elvégzéséhez írásos beleegyezése szükséges. Ez a tájékoztató segíti Önt annak megértésében, hogy a beavatkozásnak mi a technikai kivitele, melyek a szövődményei. A beleegyezés aláírása előtt kérjük gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben további kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a kezelőorvosához.

A kezelőorvos a tájékoztató beszélgetés során részletesen elmagyarázza az Ön esetében várható, tervezett beavatkozást.

#### A beavatkozás menete:

A mellkasfalon keresztül tüdőből való mintavétel helyi érzéstelenítést követően, a röntgen asztalon hanyatt-, vagy hason fekve történik. Egy speciális vékony tűt szúrnak a mellkasába, melyen keresztül cytológiai vagy bakteriológiai feldolgozásra alkalmas mintát nyernek. A vizsgálat nem fájdalmasabb, mint egy injekció. A beavatkozás közben szükség van az együttműködésére. Mivel egy légzéssel együtt mozgó elváltozást szúrnak meg, ezért néhány másodpercig vissza kell tartania a lélegzetét.

#### A beavatkozás lehetséges szövődményei:

A biopszia viszonylag egyszerű és biztonságos eljárás. A mintavétel helyén enyhe fájdalom léphet fel az érzéstelenítő hatásának elmúltával, de ez pár napnál nem tart tovább. A szúrás helyén enyhe vérzés, érzékenység, vagy véraláfutás jelentkezhet.

Leggyakoribb szövődmények a vérzés és légmell (fokozódó köhögés, oldalszúrás, nehézlégzés) kialakulása. A nagyobb, nehezen uralható, sebészeti beavatkozást igénylő vérzések nagyon ritkák.

A légmell kialakulása gyakoribb, a beavatkozások 30%-nál előfordul. Kis kiterjedésű légmell fektetés, ágynyugalom esetén felszívódik. A nagy kiterjedésű légmellet, osztályunkon mellkascsövezéssel (mellkasi drainage) szüntetjük meg.

Keringési és légzési komplikációk csak ritkán fordulnak elő. E zavarokat előzetes vizsgálatokkal és a beavatkozás ideje alatti folyamatos ellenőrzéssel előzzük meg.

#### A beavatkozás utáni teendők:

Bármilyen jellegű tünet, panasz, amely a vizsgálat után jelentkezett, jelezni kell az osztályos ápolónak, kezelőorvosának, hogy a szükséges beavatkozásokat minél hamarabb elvégezzük.

#### A beavatkozás tervezett időtartama: 5-10 perc

A további teendőkről, lehetséges kezelésekről részletes felvilágosítást a cytológia eredményének függvényében adunk.

<u>A beavatkozás elmaradása esetén</u> panaszai, tünetei hátterében meghúzódó lehetséges elváltozások nem válnak tisztázhatóvá, melyek nehezítik, vagy megakadályozhatják a kezelés eredményességét, gyógyulás esélyeit.

A dokumentáció kódja: FO BNY 005

Kiadás száma: 2

FO kiadás dátuma:2014.10.27.





Oldalszám: 1/2

# Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet H-8582 Farkasgyepű



049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: tudogyogy@globonet.hu; tudogyogytitk@globonet.hu

Nyilatkozat a beteg által ismert kórelőzményre		
Kijelentem, hogy	- ·	
<ul> <li>fokozott vérzési hajlam kisebb sérülésnél vá foghúzásnál</li> </ul>	agy fennáll / nem áll fenn	
• testemen könnyen keletkeznek kék foltok :	igen / nem	
<ul> <li>vér szerinti rokonságomban tudomásom var olyan személyről, akinél könnyen jelentkez kék foltok a testén</li> </ul>		
• <b>gyógyszer</b> allergiámról	nincs tudomásom / tudomásom van	
• szívbetegségemről	nincs tudomásom / tudomásom van	
<ul> <li>krónikus betegségemről (zöldhályog, epilepszia, egyéb)</li> </ul>	nincs tudomásom / tudomásom van	
Válaszát aláhúzással vagy bekarikázással j	elezze	
Nyilatkozat a b	oeavatkozás elvégzéséhez	
Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást megértetten szabadon dönthessek. A feltett kérdéseimre választ	n. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról kaptam. A beavatkozás elvégzéséhez hozzájárulok.	
felvilágosító orvos aláírása, Ph.	beteg aláírása törvényes képviselő aláírása	
	szem, hogy jogom van a beavatkozás elutasítására. Tisztában etén milyen következménnyel számolhatok. Nyilatkozatommal a egyezem bele.	
bet	eg aláírása törvényes képviselő aláírása	
Farkasgyepű, 20		

A dokumentáció kódja: FO BNY 005

Kiadás száma: 2

Tanú (név, lakcím):

Előttünk, mint tanúk előtt: Tanú (név, lakcím):

FO kiadás dátuma:2014.10.27.





Oldalszám: 2/2