



BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

SZÖVETTANI MINTAVÉTEL A MÁJBÓL (MÁJBIOPSZIA)



A beteg neve:

TAJ-száma:

Születési dátuma:

A beteg: cselekvőképtelen / korlátozottan cselekvőképes / támogatott döntéshozattal érintett
(a megfelelő rész aláhúzendő)

A fenti esetben törvényes képviselő/hivatásos támogató neve:

1./ Általános információk

Tájékoztatjuk, hogy diagnosztizált betegségével kapcsolatosan a Debreceni Egyetem Klinikai Központ illetékes intézménye, klinikája, ellátási osztálya végzi azt az egészségügyi szolgáltatást, amelynek célja betegségének gyógyítása, egészségi állapotának lehetséges javítása.

A gyógyítást, egészségügyi ellátást végző intézmény a tevékenységét a vonatkozó törvényi és egyéb jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően, a gyógyítási gyakorlat és protokoll előírásai szerint végzi azzal az elvárható gondossággal, amelyet a jogszabály kötelezően az egészségügyi szolgáltató részére előír.

2./ Egészségi állapotra, annak orvosi megítélésére vonatkozó tájékoztatás (a javasolt műtét / beavatkozás célja, indikációja)

Kezelőorvosa az Ön számára szövettani vizsgálatot javasolt a májból, mivel betegségének további tisztázásához ez feltétlenül szükségesnek látszik. Az eljárás célja az, hogy pontos képet kapjon kezelőorvosa a máj állapotáról (pl.: gyulladás, fibrózis, zsírmáj stb.) és segítse a diagnózis felállításában (pl.: autoimmun májbetegség, gyógyszer okozta májkárosodás stb.), illetve a kezelés megtervezésében.

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen tájékoztatott állapotomról és azokról a körülményekről, melyek a májbiopszia elvégzését indokolják.

3./ Műtét / beavatkozás jellege, menetének rövid leírása, a tervezett műtét / beavatkozás során esetlegesen szükségessé váló további vizsgálatok, beavatkozások ismertetése

Hasi ultrahang vizsgálattal kiválasztjuk a legmegfelelőbb helyet a törzs jobb oldalán, valamelyik bordaközben. Helyi érzéstelenítést végzünk Lidocain injekcióval. Kérjük, előre jelezze, ha Lidocainra érzékeny, mert akkor más típusú érzéstelenítőt kell használnunk. Ezt követően a bőrön keresztül a májból tűszúrással egy néhány milliméter hosszúságú szövetdarabot veszünk. A mintavétel általában néhány másodpercig tart. Sikertelen mintavétel esetén a szúrás ismétlésére kerülhet sor.

Tudomásul vettem a beavatkozással kapcsolatosan az esetleges kiterjesztésre vonatkozó tájékoztatást, és e tekintetben kijelentem, hogy a beavatkozás során esetlegesen szükségessé váló műtéti kiterjesztéshez (ismételt szúrás és mintavétel) hozzájárulásomat megadom.

4./ A műtét/ beavatkozás elvégzésének előnyei

Az eljárás előnye, hogy: 1.) pontos szövettani információt ad; 2.) segít a személyre szabott kezelés megtervezésében, illetve 3.) olyan eltérések is kimutathatóak vele, amelyek más vizsgálatokkal nem lehetségesek.



5./ A műtét/ beavatkozás veszélyei, lehetséges szövődmények (gyakoribb, illetve ritkábban előforduló szövődmények)

Teljesen kockázatmentes eljárást egyetlen orvos sem ígérhet. A szúrás az esetek döntő többségében fájdalommentes, a kockázat alacsony és az esetleges szövődmények ritkák. Ritkán jobb vállba sugárzó fájdalom jelentkezhet. Igen ritka esetben fordulhat elő a mellhártya, a tüdő sérülése, vagy vérzés, esetleg epeszívargás a szúrásatornából. Kivételes esetben ezek következtében műtéti beavatkozás válhat szükségessé.

6./ A műtét / beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei, illetőleg kockázatai

A beavatkozás elmaradása esetén kezelőorvosa nem jut hozzá a szükséges, részletes szövettani információkhoz, így 1.) nem állapítható meg pontosan a májbetegség etiológiája, illetve súlyossága; 2.) az adekvát kezelést nem tudja kezelőorvosa elindítani, a máj állapotához igazítani, személyre szabni; 3.) elkerülhető vagy visszafordítható károsodások maradhatnak észrevétlenül, kezeletlenül.

7./ Műtét/ beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

..... / sürgősség
(a megfelelő rész kitöltendő vagy aláhúzendő)

8./ A műtét/ beavatkozás utáni történések

A vizsgálat általában a reggeli órákban történik a hepatológiai szakrendelőben, ágy melletti ultrahang elvégzését követően. Ezután fekvőkocsival átszállítjuk a nappali betegellátó helységünkbe, ahol kb. 4 órás megfigyelés történik. Kezdetben a jobb oldalán fekszen két órán keresztül. A beavatkozás után rendszeresen ellenőrizzük a pulzusszámát és vérnyomását. A délutáni órákban folyadékot már fogyaszthat. Kérjük, jelezze, ha valamilyen panasa van a megfigyelése során!

9./ A műtét/ beavatkozás várható kimenetele, következményei

A vizsgálat diagnosztikus céllal történik, eredményéből a betegségeire vonatkozó információkat nyerhetünk, amely befolyásolhatja az Ön kivizsgálásának/kezelésének további menetét.

10./ Alternatív megoldás(ok)

Szövettani mintavétel helyett a máj állapotáról laboratóriumi és képalkotó módszerekkel (pl. máj MR), a máj rugalmasságát vizsgáló ultrahangos módszerrel (fibroscan) tájékozódhatunk, ezek azonban a pontos szövettani megítélést nem helyettesítik.

11./ További ellátások és javasolt életmód a kórházból való távozás után (Mi a teendő műtét / beavatkozás után?)

A hazabocsátás még a vizsgálat napján megtörténik. A beavatkozást követő néhány napig javasolt a fizikai aktivitás, súlyemelés kerülése, illetve 2-3 napon keresztül fedőkötés alkalmazása a szúrás helyén. Ezalatt fürdés helyett a zuhanyzást részesítse előnyben. Tisztálkodás/ zuhanyzás során a fedőkötést védje a víztől.

12./ A tájékoztatást adó orvos megjegyzései:

.....
.....

13./ A fenti tájékoztatás megadását követően lehetőséget kaptam arra, hogy a műtéttel / beavatkozással kapcsolatos kérdéseimet feltegyem, és az azokkal kapcsolatos válaszokat az alábbiak szerint egyéniesített formában megkaptam.

Kérdések és válaszok

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....



14./ A tájékoztatás megadásával kapcsolatos nyilatkozat

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy (beteg) kijelentem és aláírással igazolom, hogy a fentiekben rögzített tájékoztatást megkaptam, azt velem érthető módon közölték, így a tájékoztatás megadásának tényét a jelen okirat aláírásával elismerem és igazolom.

Kijelentem, hogy az alábbi műtéttel / beavatkozással kapcsolatos beleegyező nyilatkozatot a fenti részletes tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást teljeskörűen megértettem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.

Kérdéseimre kezelőorvosomtól választ kaptam.

Kijelentem és igazolom, hogy a részletes tájékoztatás kiterjedt az egészségi állapotomra, a javasolt vizsgálatokra, a beavatkozások ismertetésére, a beavatkozás lényegére, az ellátás folyamatára, várható kimenetelére, elvégzésének tervezett időpontjára, valamint kiterjedt a gyógyulási folyamatra, annak várható időtartamára, az esetleges további ellátások szükségességére.

Tájékoztatást kaptam a műtét / beavatkozás kockázatáról, azok esetleges szövődményeiről, amelyet megértettem és tudomásul vettem.

Tudomásul veszem azt is, hogy bármikor jogom van a javasolt vizsgálat, kezelés, műtét / beavatkozás visszautasítására, de az ebből eredő egészségromlásért, hátrányos következményért a felelősség engem terhel, csakúgy, mint az utasítások be nem tartásából eredő következményekért.

KÉRDEZZEN meg bennünket, ha valamit nem értett meg, ha a vizsgálatról többet szeretne megtudni, készséggel adunk felvilágosítást.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében kérjük, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON az alábbi kérdésekre:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről?	IGEN / NEM
Tud-e vérzékenységről?	IGEN / NEM
Szed-e véralvadást gátló gyógyszert (Syncumar, Aszpirin stb.)?	IGEN / NEM
Szed-e ízületi gyulladáscsökkentő gyógyszereket?	IGEN / NEM
Van-e beültetett szívritmus szabályozója?	IGEN / NEM
Fennáll-e terhesség?	IGEN / NEM
Tud-e fertőző betegségről (TBC, májgyulladás stb.)?	IGEN / NEM
Van-e séreve?	IGEN / NEM



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy (illetve a képviseletében eljáró törvényes képviselő vagy hivatásos támogató) a fentiekben leírt és meghatározott műtét / beavatkozáshoz, valamint a szükséges vizsgálatok elvégzéséhez

hozzájárulásomat adom / nem adom hozzájárulásomat
(a megfelelő válasz aláhúzendő).

Hozzájárulásom megadása esetén kijelentem, hogy nyilatkozatom megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezés, és kifejezetten kérem a műtét / beavatkozás elvégzését.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a műtét / beavatkozás során eltávolított szöveteket, szerveket – amennyiben az a pontos és végleges diagnózist döntően nem befolyásolja – további kutatási és tudományos célra etikai engedély birtokában felhasználják.

Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy – amennyiben az orvosszakmailag indokolt, ideértve különösen a gyógykezelés dokumentálása, orvostudomány-kutatás, esettanulmány vagy szakmai konzultáció céljából történő felhasználás eseteit – az esetleges elváltozásokról vagy érintett területről fénykép- vagy videofelvétel készüljön. A felvételek kizárólag olyan módon készülhetnek, hogy azokon a személyazonosságom ne legyen megállapítható. Kijelentem, hogy a Debreceni Egyetem Klinikai Központ adatvédelmi tájékoztató anyagát megismertem, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat, műtét, beavatkozás és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva.

Debrecen,

.....
felvilágosító orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselő aláírása

KÓRLAPSZÁM: