
	<b>Budapesti Bajcsy- Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet</b> <b>a</b> <b>Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza</b> H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. <b>Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.</b>	
	<b>Szülészeti, Nőgyógyászati Osztály</b> <b>Osztályvezető: Dr. Szécsényi István</b> Tel: [36-1] 432-7724 <a href="http://www.bajcsy.hu">www.bajcsy.hu</a> Fax: [36-1] 432-7523	

## CVS

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önrel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **LEPÉNY SZÖVETI MINTAVÉTEL** elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás.

A Szülészeti- Nőgyógyászati Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

**Beteg neve**..... **TAJ:** □□□-□□□-□□□

**Születési idő:** □□□□.□□.□□

### 1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

Ezzel a beavatkozással a születendő magzat kromoszómáiról kapunk képet, így minden esetben ajánlott az elvégzése, amikor kromoszóma elváltozások okozta betegség gyanúja felmerül.

### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

Hasfalon keresztül végzett invazív diagnosztikus beavatkozás.

A hasfal bőrét fertőtlenítjük, majd helyi érzéstelenítésben, ultrahangvezérlés mellett a lepénybe egy tűt vezetünk, majd ezen keresztül egy vékonyabb tű mozgatásával néhány, további vizsgálatra alkalmas lepénybolyhot szívunk ki fecskendő segítségével.

### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

Ezzel a beavatkozással a születendő magzat kromoszómáiról kapunk képet, így az esetleges kromoszóma elváltozások okozta betegségek felderítésre kerülhetnek.

### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

A beavatkozást követően kezelést igénylő vérzés, görcs, esetleg vetélés rendkívül ritka, kb. 0,5%-ban fordul elő.

### 5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

A beteg megfigyelés után távozhat osztályunkról.

Két hétig nemi életől, erős fizikai munkától, vízbe üléstől tartózkodjék. Eredményért, illetve kontroll ultrahang vizsgálatra a megbeszélte időben visszavárjuk.

## **6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

A magzat esetleges kromoszóma eltérései, betegségei felderíthetetlenek maradhatnak.

## **7./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI**

Ultrahang és biokémiai vizsgálatok, de ezek diagnosztikus értéküket tekintve egyrészt pontatlanabbak, másrészt – legalábbis részben - nem OEP-finanszírozottak. Ha az ultrahang és biokémiai vizsgálatok kapcsán rendellenesség gyanúja merül fel, a genetikai tanácsadás és ezt követően invazív diagnosztikai vizsgálat (amniocentézis vagy CVS) javasolt.

## **8./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA**

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztatás, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéljük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasoltam.

Az orvos kiegészítése:

.....  
.....  
.....  
.....

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

## **9./ BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegséggemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a belegegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

### 10./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó  
aláírása

Tanúk:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....