
	<p align="center">Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet</p> <p align="center">a</p> <p align="center">Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza</p> <p align="center">H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91.</p> <p align="center">Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.</p>	
	<p align="center">I. sz. BELGYÓGYÁSZAT, GASTROENTEROLÓGIAI Osztály</p> <p align="center">Osztályvezető: Dr. Takács Rita</p> <p>Tel: [36-1] 432-7616 www.bajcsy.hu</p> <p>Fax: [36-1] 432-7523</p>	

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat

CORE vagy vastagtűs biopszia

Tájékoztatjuk Önt, hogy ahhoz, hogy az Önnél tervezett beavatkozást elvégezhessük írásos beleegyezése szükséges. Ez a tájékoztató azért készült, hogy segítse Önt annak megértésében, hogy a beavatkozásnak mi a javallati köre, technikai kivitele, mik a következményei. A beleegyezés aláírása előtt gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz.

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

Születési idő: . .

A képkalkotóval vezérelt bőrön át történő szövettani mintavétel a leggyakoribb beavatkozás, több intézményben köztük nálunk is a napi rutin része. A beavatkozás többnyire ultrahang ellenőrzés mellett történik, kisebb részben, technikailag nehezebben megközelíthető elváltozásoknál, obes (túlsúlyos) , ultrahanggal nehezen vizsgálható betegnél a CT (is) lehet a választandó képkalkotó eljárás. A szövet mintavételek ezen módja mára széles körben elfogadott. Az eljárás mára nagy részben helyettesíti a költséges, és nem éppen szövödménymentes, hosszas kórházi bennfekvést igénylő altatásban végzett műtéti eljárást.

A BEAVATKOZÁS MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE:

A CORE vagy vastagtűs biopsziával szövethenger nyerhető, mely szövettani vizsgálatra kerül. Az onkológiai kezeléshez feltétlenül szükséges a pontos diagnózis, a metasztázis (daganat áttétek) típusának tisztázása.

A BEAVATKOZÁS CÉLJA:

Szövettani mintavétel

Időpont-Megérkezés-kísérő:

A vizsgálat napján kérjük, hogy **csak a megbeszélrt időpontban érkezzen** a szakrendelésre. A vizsgálat elhúzódhat. A vizsgálata a **tervezett időpont előtt nem kezdődik**.

Előkészületek: A vizsgálatra éhgyomorral kell jönnie!

Gyógyszerelés változtatása: A vizsgálat előtt 3 nappal ne vegye be pl. Plavix, Ticlid (**clopidogrel, ticlopidin**) tartalmú, Aspirin (**acetyl-salicilsav**) tartalmú gyógyszereit, Syncumar, Marfarin, Pradaxa, Xarelto (**acenokumarol, kumarin, dabigatran, stb.**) tartalmú egyéb vérhígító kezelést fel kell függeszteni, **HEPARIN injectioját a vizsgálat napján ne adja be!** Ezen szerek használatáról a vizsgáló orvost tájékoztatni kell! A gyógyszerek újrakezdésének időpontjáról és mikéntjéről a vizsgáló orvosa dönt, elkezdni csak az Ő engedélyével.

A BEAVATKOZÁS MENETE:

A beavatkozást patológus, gastroenterológus és asszisztencia közösen végzi. Helyi érzéstelenítésben történik, melyet egy apró, a bőrön ejtett metszés követ, ezen keresztül vezetjük be a mintavető tűt. A tűhöz rendszerint rugóval működtetett, úgynevezett „pisztoly” csatlakozik. A beteg a pisztoly csattanásán kívül, az érzéstelenítésnek köszönhetően nem tapasztal egyéb, nagyobb kellemetlenséget, leszámítva némi tompa nyomást a beavatkozás alatt. Az apró metszést nem szükséges összevarrni, magától gyakorlatilag nyom nélkül gyógyul. A sebre kis steril fedő-nyomó kötés kerül.

A BEAVATKOZÁST MEGELŐZŐEN A VÉRCSOPORT, VÉRZÉSI, ALVADÁSI PARAMÉTEREK TISZTÁZÁSA SZÜKSÉGES.

Fontos az együttműködés orvos és beteg között, az orvos utasításának megfelelő levegővétel és a beszívott levegő meghatározott idejű benntartása.

A beavatkozást követő 6 órában a beteget a jobb oldalán fektetjük, vérvétel, infúzió adása kontroll hasi ultrahang válhat szükségessé. Előfordulhat, hogy a beteget a beavatkozást követően 24 órás megfigyelésre hospitalizálni kell.

A vizsgálat ideje: 15-20 perc

A mintavétel elmaradása várható:

- ha a beteg alapbetegsége vagy véralvadásgátló gyógyszerek (Syncumar, Ticlid, Astrix, Aspirin, Plavix) hatása miatt fokozott vérzésveszéllyel kell számolnunk. (abban az esetben, ha a további kezeléshez szükséges a mintavétel FFP-adását követően vérzés, alvadás rendezése után **fokozott felügyelettel** elvégezhető)
- ha az elváltozás nem közelíthető meg biztonságosan más szervek sérülésének veszélye nélkül, ha az elváltozás csonttal körülvetten helyezkedik el, vagy ha a beteg nem működik együtt az orvossal (gyógyszerhatás, ittasság, gyermek, tudatzavar).
- ha a beteg az alapos, mindenre kiterjedő tájékoztatás, felvilágosítás ismeretében sem egyezik bele a vizsgálatba.

Lehetséges szövődmény

- Vérzés és enyhe fájdalom a szúrás helyén, amelyek általában kezelést nem igényelnek.
- Erősebb, esetleges műtéti beavatkozást is igénylő vérzések extrém ritkák.
- Nagyon ritkán a szúrás helyén sebgyógyulási zavar (elfertőződés, keloid képződés) léphet fel.
- Néhány esetben keringési zavar, ájulás fordulhat elő.
- Ritka esetben előfordulhat mellhártyasérülés, mellüri levegőgyülem (pneumothorax) képződéssel.
- A tudomány jelenlegi állása szerint a beavatkozás nem jelent tumorszóródási veszélyt!

A vizsgálat utáni teendők:

A szúrt sebre tett kötést, vagy tapaszt idő előtt ne vegye le.

Kövesse az orvos utasításait! A beavatkozástól eltelt 24 óráig kerülje a sebrület tisztítását!

A kezelés célja: A javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, szövettani mintavétel a pontos diagnózis felállítására érdekében.

A kezelés elmaradásakor várható: állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, esetleges kezelések elmaradása.

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 tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasztottam.

Az orvos kiegészítése:

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

Budapest, évhó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

BELEEGYZŐ 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 betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegségemet 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 beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, évhó napóraperc

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

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 napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

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

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: