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

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (Mellkas csapolás)

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: □□□□.□□.□□

1./ BEAVATKOZÁS INDIKÁCIÓJA:

A mellhártya lemezei között felszaporodott folyadék terápiás illetve diagnosztikus célból történő leszívása.

2./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA:

A mellhártya tüdő és mellkasfalat borító lemezei között a tüdő illetve más belső szervek megbetegedése esetén folyadék szaporodik fel. A folyadék leszívásával a tüdőnek több helye lesz kitégulni, összenyomott állapota megszűnik, és ismét a normál méretét veheti fel.

A leszívott folyadék laboratóriumi elemzésre küldhető.

3./ A BEAVATKOZÁS MENETE:

A folyadék elhelyezkedését az orvos röntgen-, ultrahangvizsgálat, illetve kopogtatás segítségével tudja meghatározni. A beavatkozás közben Ön ül, kicsit előrehajol és a szék támláján támaszkodik. A mellkas bőrének fertőtlenítő oldattal történő többszöri lemosása után a bőrön keresztül a bordák között tűt szúrnak be, és érzéstelenítő oldatot fecskendeznek be, hogy a vizsgálat ideje alatt ne érezzen a páciens fájdalmat. Ezt követően fecskendővel vagy speciális szívókészülékkel kiszívják a mellkasból a folyadékot.

Ha Önnek gyógyszerérzékenysége van, például a helyi érzéstelenítő szerekre, mindenképpen jelezze kezelőorvosának. Ha vérzékenységben szenved vagy véralvadás gátló gyógyszereket (pl: Syncumar, Colfarit, Astrix, Warfarin) szed, jelezze orvosának, mert ezek növelik a vérzéses szövődmények kockázatát. Ha Önnek szívbillentyű betegsége van, szükség lehet arra, hogy a beavatkozás előtt antibiotikumot szedjen, melyről kezelőorvosának döntenie kell.

Lehetséges szövődmény: Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható. Leggyakoribb szövődmény a légmell (PTX) kb: 20%-ban. Ebben az esetben a mellhártya két lemeze közé levegő kerül, a tüdő összeesik, és a légzés romlik

4./ A BEAVATKOZÁS IDŐTARTALMA:

a lebecsátandó folyadék függvényében 10-15 perc.

A kezelés célja: a javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, pillanatnyi állapotának, közérzetének javítása
fájdalmának csillapítása, életfunkcióinak támogatása.

A kezelés elmaradásakor várható: állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának
elhúzódása, esetleg életveszélyes szövődmények kialakulása.

5./ 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 megválasoltam.
Az orvos kiegészítése:

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

Budapest, év hó nap óra perc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

6./ 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 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 beleegyezésem 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

7./ 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, évhó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

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

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: