
	<p align="center"> Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet a Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc. </p>	
	<p align="center"> Immunonephrológia Osztály Osztályvezető: Dr. Orosz Attila Tel: [36-1] 432-7695 muvесе@bajcsy.hu Fax: [36-1] 432-7523 www.bajcsy.hu </p>	

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (Mellkas csapolás)

Tájékoztatjuk Önt, hogy ahhoz, hogy az Önnél tervezett beavatkozást elvégezhessek 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 kitágulni, 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 gyógyszerékelősége van, például a helyi érzéstelenítő szerekre, mindenképpen jelezze kezelőorvosának. Ha vérékelőségekben szenved vagy vérárvadás gátló gyógyszereket (pl: Syncumár, 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.

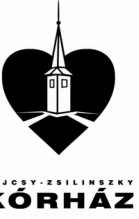

4. LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNY:

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.

A BEAVATKOZÁS IDŐTARTALMA: A lebocsátandó folyadék függvényében 10-15 perc.

A KEZELÉS CÉLJA: A javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, pillanatnyi állapotának, közérzetének javítása fájdalomnak csillapítása, életfunkcióinak támogatása.

5. A KEZELÉS ELMARADÁSAKOR VÁRHATÓ:

 <p>BAJCSY-ZSILINSZKY KÓRHÁZ</p>	<p>Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet a Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. Főigazgató: Dr. Bodnár Attila</p>	
	<p>Immunonephrológia Osztály Osztályvezető: Dr. Orosz Attila Tel: [36-1] 432-7695 muvese@bajcsy.hu Fax: [36-1] 432-7523 www.bajcsy.hu</p>	

Állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, esetleg életveszélyes szövődmények kialakulása.

6. 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, év hó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

7. 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 betegséggemet eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a feljánlott 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 napóraperc

