

CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY- MAKÓ	BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
	EMLŐ ASPIRATIO / CYSTALESZÍVÁS

Név:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: --

Lakóhelye:.....

Vizsgálatot végző orvos:

Kedves Betegünk!

Az Ön korrekt diagnózisához az emlőben – a leletben leírt helyen – lévő elváltozásból cytológiai mintavétel vált szükségessé.

A **vizsgálat menete:** Mammographiás vagy ultrahang vezérléssel behatároljuk az elváltozást, a felette lévő bőr fertőtlenítőt lemosása után egy speciális injekciós tűt vezetünk az elváltozásba, majd egy fecskendő segítségével mintát nyerünk. Általában több mintavételre van szükség.

A cysta tartalmát tűn keresztül bocsátjuk le, az anyagot a Patológiai osztályra küldjük elemzésre.

A beavatkozás után enyhe fájdalom, kis bevérzés keletkezhet, ez az esetek döntő többségében néhány nap alatt kezelés nélkül rendeződik. Ritka esetben vérömleny, esetleg gyulladás előfordulhat, ez azonban megfelelő kezeléssel jól gyógyítható.

Kérjük, a vizsgálat megkezdése előtt esetleges betegségeiről, gyógyszer érzékenységéről tájékoztassa a beavatkozást végző orvost.

A vizsgálatot kapcsolatos további kérdéseire szintén tőle kaphat választ.

A vizsgálat menetéről adott felvilágosítást megértettem, ennek tudatában a vizsgálatba beleegyezem.

Dátum:....., 20..... hó nap

.....
 a felvilágosítást
 és/vagy a beavatkozást végző
 aláírása

.....
 a beteg, vagy
 törvényes képviselő*
 aláírása

*A törvényes képviselő írta alá, mivel a beteg nem nyilatkozatképes, mert:

Törvényes képviselő:

Név:

Lakcím:

Szül. ideje: