

<p style="text-align: center;">CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY - MAKÓ</p>	<p><b>BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b></p>
	<p>(ULTRAHANG VAGY RÖNTGEN VEZÉRELT) VÉKONYTŰ ASPIRÁCIÓS CYTOLOGIAI VIZSGÁLAT</p>

Kedves Betegünk!

**Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el az alábbi BETEGTÁJÉKOZTATÓ-t!**  
*Az Ön esetében - elmondott panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján –  
 (Ultrahang vagy röntgen vezérelt) Vékonytű Aspirációs Cytologiai Vizsgálat  
 elvégzése szükséges.*

**1. A beavatkozás célja:**

Pontos patológiai diagnózis felállítása.

**2. A beavatkozás elmaradásának következménye:**

A beavatkozás elmaradása esetén pontos diagnózis felállításához a nagyobb kockázatot jelentő, az emberi szervezetre nagyobb megterheléssel járó műtéti mintavételi beavatkozás elvégzése szükséges.

**3. A beavatkozás eredménye:**

- 3.1. A cytológiai diagnózis alapján tudja meghatározni a kezelőorvos a további gyógykezelést.
- 3.2. Az elváltozás terápiás célzatú is lehet. A tömlők tartalmának leszívásával esély van arra, hogy a tömlők falának összetapadásával az elváltozás meggyógyul.

**4. A beavatkozás ismertetése:**

A bőr fertőtlenítése után az adott elváltozástól fecskendő végére illesztett tűvel sejteket nyerünk, melyekből keneteket készítünk. Ezek festés utáni mikroszkópos vizsgálatával állítjuk fel a diagnózist.

Ha nem tapintható ujjal az elváltozás, akkor válik szükségessé az ultrahang és/vagy a röntgen vezérelt az elváltozás megtalálásához. A vizsgálat a továbbiakban az előbb leírtak szerint történik.

**5. A beavatkozás lehetséges szövődménye:**

- A beavatkozás után a környező lágyrészek bevézése, ami véna szakadásból származik;
- Punkció után rövid ideig fennálló, majd elmúló fájdalom;
- Fertőzés.

A vizsgálat nem megterhelő, legfeljebb a felsorolt apró kellemetlenséggel jár.

Az esetleges szövődmények kezelésére intézetünk orvosai felkészültek. A szövődmények elkerülésére minden lehetséges eszközzel törekedni fogunk. Megoldásukhoz szükség esetén más szakterület képviselőinek segítségét kérhetjük.

***A felsorolt szövődmények ritkák, de a leggondosabb műtéti technika mellett, tapasztalt és gyakorlott orvos beavatkozása során is előfordulhatnak.***

A téma teljes körű kifejtése tájékoztatónk kereteit meghaladja.

CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY - MAKÓ	<b>BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ          NYILATKOZAT</b>
	(ULTRAHANG VAGY RÖNTGEN VEZÉRELT) VÉKONYTŰ ASPIRÁCIÓS CYTOLOGIAI VIZSGÁLAT

**A beteg neve:**.....

**Társadalombiztosítási Azonosító Jele:** □□□□□□□□□□

**Lakóhelye:**.....

**A tájékoztatót elolvastam, amelyet szóbeli magyarázat egészített ki.**

**Az „Aspirációs cytologiai vizsgálat”-ról szóló tájékoztatót megértettem és tudomásul vettem!**

Tájékoztattak arról, hogy a betegtájékoztatóban csak a legfontosabb szóba jöhető kezelési módot és esetleges szövődeményeket említették meg. Megértettem a beavatkozás elvégzésének fontosságát, a beavatkozás elmulasztásának veszélyeit. Felvilágosítást kaptam a beavatkozást helyettesítő konzervatív beavatkozások lehetőségéről, eredményességéről és kockázatairól.

Megértettem és tudomásul vettem, hogy a beavatkozás során olyan, előre nem látható körülményekre is fény derülhet, amelyek a korábban tervezett beavatkozásokat, vagy azok egy részét feleslegessé vagy igen kockázatosná tehetik.

Módomban állt a szövődeményekkel és szóba jöhető kezelési eljárásokkal kapcsolatban további kérdéseket feltenni.

Ezzel a lehetőséggel éltem, kérdéseimre részletes szóbeli (rajzos) választ kaptam, azt megértettem, tudomásul vettem. Jelenleg a további tájékoztatásról lemondok.

**A szükségessé váló beavatkozások, vizsgálatok elvégzéséhez hozzájárulok, kérem a beavatkozás elvégzését!  
 Tudomásul vettem, hogy jelen nyilatkozatomat a beavatkozás, műtét megkezdése előtt bármikor visszavonhatom!**

Hozzájárulok, hogy betegségemről és a beavatkozás eredményéről tájékoztatást kapjanak a kezelésben résztvevő orvosok, konzíliáriusok, családorvosom, megkeresés esetén a hivatalos szervek és személyek.

**Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:**

1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljeskörűen tájékoztassák:  
 .....
2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:.....
3. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:  
 .....

**Hozzájárulok továbbá, hogy az intézményben készült dokumentumokon a betegségem megnevezése, és a beavatkozásokat jelző kódszámok szerepeljenek.**

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.dátum: