



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (Hascsapolás/Haspunkció)

Beteg neve:.....

TAJ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beavatkozás: A hascsapolás a szabad hasüregben felszaporodott folyadék diagnosztikus vagy terápiás célból történő eltávolítása.

Tájékoztatjuk, hogy a tervezett beavatkozás elvégzéséhez írásos beleegyezése szükséges. Ez a tájékoztató segíti Önt annak megértésében, hogy a beavatkozásnak mi a technikai kivitele, melyek a szövődményei. A beleegyezés aláírása előtt kérjük gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben további kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a beavatkozást végző orvoshoz.

A beavatkozást végző orvos a tájékoztató beszélgetés során részletesen elmagyarázza az Ön esetében várható, tervezett beavatkozást.

A beavatkozás célja:

- diagnosztikus cél: folyadékot veszünk le, melyből laboratóriumi vizsgálatokkal a fennálló betegségről próbálunk bővebb információt kapni.
- terápiás cél: panaszokat okozó (fulladás, has feszülés, rossz közérzet), más módszerrel nem csökkenthető hasúri folyadék eltávolítása. Ilyenkor több liter folyadék lebocsátására is szükség lehet.

A beavatkozás leírása:

A beavatkozás előtt végezze el ürítési szükségleteit. A beavatkozást orvos végzi és a szakdolgozó segít. Előtte testsúly mérés történik. A hascsapolás egyszerű és könnyen kivitelezhető beavatkozás. Ön hanyatt fekszik az ágy szélére, a beavatkozást végző orvos tapintásos vizsgálattal meghatározza a hasi folyadék szintjét, a máj és a lép nagyságát. A bőr fertőtlenítése után – helyi érzéstelenítés történik – ezért először vékony tűvel az érzéstelenítőt adja be az orvos. Ez némi fájdalommal jár, de ettől kezdve a beavatkozás szinte fájdalommentes. A branül beszúrását illetően a folyadék a csatlakoztatott gumitoldalékon keresztül magától ürül a gyűjtőedénybe. A beavatkozás időtartama a folyadék mennyiségétől függ. Kérjük eközben mozdulatlanul feküdjön a szövődmények elkerülése érdekében. A beavatkozás befejezése után a branült az orvos eltávolítja és a szúrás helyét steril fedőkötéssel fedik. A folyadék lebocsátása miatt keletkező nyomáscsökkenés ellensúlyozása végett az Ön hasára haskötőt helyezünk. A beavatkozást az orvosi szakma szabályai szerint steril eszközök alkalmazásával végezzük. A beavatkozásnak ellenjavallata nincs. A relatív ellenjavallat a vérzékenység, előző hasi műtét, súlyos bélelváltozás, nagyfokú kövérség, rekeszes folyadék.

Ha Önnek gyógyszerérzékenysége van, például a helyi érzéstelenítő szerekre, mindenképpen jelezze kezelőorvosának. Ha vérzékenységben szenved vagy véralvadásgátló gyógyszereket (pl: Syncumar, Colfarit, Astrix) szed jelezze orvosának, mert ezek növelik a vérzéses szövődmények kockázatát.

A beavatkozás utáni teendők:

Bármilyen jellegű tünet, panasz, amely a beavatkozás után jelentkezett, jelezni kell az osztályos ápolónak, kezelőorvosának, hogy a szükséges beavatkozásokat minél hamarabb elvégezzük.

A dokumentáció kódja: FO BNY 013

Kiadás száma: 2

FO kiadás dátuma: 2023.06.12.



Oldalszám: 1/2



FARKASGYEPŐI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

Lehetséges szövődmény:

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható.

A szövődmények ritkák, az esetek 2-3%-ban fordul elő. Ilyen szövődmény lehet: a tü által okozott sérülés- bélrendszer kilyukadása, a vérzés, az érzéstelenítőszer iránti túlérzékenység, a csapolás (punkció) helyének fertőzése, hasúri folyadékgyülem (ascites) szivárgása, mely ritka és enyhe. Ér- illetve idegképlet sérülése az eszközök bevezetése közben ritka.

Nyilatkozat a beavatkozás elvégzéséhez

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást megértettem. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek. A feltett kérdéseimre választ kaptam. **A beavatkozás elvégzéséhez hozzájárulok.**

.....
felvilágosító orvos aláírása, Ph.

.....
beteg aláírása

.....
törvényes képviselő aláírása

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem, hogy jogom van a beavatkozás elutasítására. Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott **beavatkozásba nem egyezem bele.**

.....
beteg aláírása

.....
törvényes képviselő aláírása

Farkasgyepű, 20...

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú (név, lakcím):

Tanú (név, lakcím):