



## Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (Transzthoracalis tübiopsia)

Beteg neve:.....

Anyja neve:.....

Születési idő:

Lakcím:.....

### Beavatkozás: A tüdőből diagnosztikus céllal történő mintavétel

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 kezelőorvosához.

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

#### A beavatkozás menete:

A mellkasfalán keresztül tüdőből való mintavétel helyi érzéstelenítést követően, a röntgen asztalon hanyatt-, vagy hason fekvé történik. Egy speciális vékony tűt szúrnak a mellkasába, melyen keresztül cytológiai vagy bakteriológiai feldolgozásra alkalmas mintát nyernek. A vizsgálat nem fájdalmasabb, mint egy injekció. A beavatkozás közben szükség van az együttműködésére. Mivel egy léggéssel együtt mozgó elváltozást szúrunk meg, ezért néhány másodpercig vissza kell tartania a lélegzetét.

#### A beavatkozás lehetséges szövődményei:

A biopszia viszonylag egyszerű és biztonságos eljárás. A mintavétel helyén enyhe fájdalom léphet fel az érzéstelenítő hatásának elmúltával, de ez pár napnál nem tart tovább. A szúrás helyén enyhe vérzés, érzékenység, vagy véraláfutás jelentkezhet.

Leggyakoribb szövődmények a vérzés és légmell (fokozódó köhögés, oldalszúrás, nehézlégzés) kialakulása. A nagyobb, nehezen uralható, sebészeti beavatkozást igénylő vérzések nagyon ritkák.

A légmell kialakulása gyakoribb, a beavatkozások 30%-nál előfordul. Kis kiterjedésű légmell fektetés, ágynyugalom esetén felszívódik. A nagy kiterjedésű légmellet, osztályunkon mellkascsővezéssel (mellkasi drainage) szüntetjük meg.

Keringési és légzési komplikációk csak ritkán fordulnak elő. E zavarokat előzetes vizsgálatokkal és a beavatkozás ideje alatti folyamatos ellenőrzéssel előzzük meg.

#### A beavatkozás utáni teendők:

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

A beavatkozás tervezett időtartama: 5-10 perc

A további teendőkről, lehetséges kezelésekről részletes felvilágosítást a cytológia eredményének függvényében adunk.

A beavatkozás elmaradása esetén panaszai, tünetei háttérben meghúzódó lehetséges elváltozások nem válnak tisztázhatóvá, melyek nehezítik, vagy megakadályozhatják a kezelés eredményességét, gyógyulás esélyeit.

A dokumentáció kódja: FO BNY 005

Kiadás száma: 4

FO kiadás dátuma: 2023.06.12.



Oldalszám: 1/2



## FARKASGYEPŰI 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](mailto:igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu)

### Nyilatkozat a beteg által ismert kórelőzményre

Kijelentem, hogy

- fokozott vérzési hajlam kisebb sérülésnél vagy foghúzásnál *fennáll / nem áll fenn*
- testemen könnyen keletkeznek kék foltok : *igen / nem*
- vér szerinti rokonságomban tudomásom van olyan személyről, akinél könnyen jelentkeznek kék foltok a testén *igen / nem*
- **gyógyszer** allergiámról *nincs tudomásom / tudomásom van*
- .....  
szívbetegségemről *nincs tudomásom / tudomásom van*
- krónikus betegségemről *nincs tudomásom / tudomásom van*  
(**zöldhályog, epilepszia, egyéb**)

.....

Válaszát aláhúzással vagy bekarikázással jelezze

### 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):

A dokumentáció kódja: FO BNY 005

Kiadás száma: 4

FO kiadás dátuma: 2023.06.12.



Oldalszám: 2/2