

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT HASPUNCTIO ELVÉGZÉSÉHEZ

Alulírott (beteg neve):..... (szül.idő.).....az orvosomtól a szükséges felvilágosítást megkaptam és ennek ismeretében a haspunctioba beleegyezem.

Orvosom, Dr.....felvilágosított a beavatkozás szükségességéről, valamint a lehetséges szövődményekről.

A beavatkozás során, a hasfal bal oldalán fertőtlenítés, majd érzéstelenítés után egy vastag tűvel behatolunk a hasüregbe és onnan a hasúri folyadékból mintát veszünk. A mintán különböző vizsgálatokat elvégezve a betegségem pontosabb elemzése, megállapítása válik lehetővé. Amennyiben nagy mennyiségű hasúri folyadék van jelen, azt a tűn keresztül lebocsátjuk a hasból. Ez a folyadék mennyiségétől függően hosszabb időt is igénybe vehet. A lebocsátást követően a szúrás helyét steril kötszerrel fedjük.

A vizsgálat során jódos fertőtlenítést és Lidocainos érzéstelenítést alkalmazunk, ezért kérem, jelezze, amennyiben valamelyik anyagra érzékeny!

Van-e Önnek JÓD érzékenysége? IGEN / NEM / NEM TUDOM

Van-e Önnek LIDOCAIN érzékenysége? IGEN / NEM / NEM TUDOM

Szed-e Syncumart, vagy hasonló véralvadást gátló gyógyszert? IGEN / NEM

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

1. A behatolás helyén fertőzés alakulhat ki, nem megfelelő higiénés körülmények között, amely esetleg hashártyagyulladást is okozhat.
2. A behatoló tű megsérthet egy béldarabot, ami hashártyagyulladás veszélyével jár.
3. Nagy mennyiségű hasúri folyadék lebocsátása ritka esetekben egyéb szövődményekkel, vérnyomásesés, hányinger, rossz közérzet járhat, melyet jelezzen a kezelőorvosának azonnal.
4. Ritka esetben, anatómiai eltérés miatt a hasfalban futó artéria sérülhet, aminek vérzés a következménye. Ilyen esetben altatásban végzett hasi műtétre lehet szükség.

A fentieket tudomásul veszem, és megértem, hogy a vizsgálatnak bár van szövődménye, de a vizsgálat nem elvégzése hátráltatja a gyógyulásomat.

Kazincbarcika,.....év.....hó.....nap

.....
orvos aláírása



3700 Kazincbarcika,
Május 1 út 56.



info@barcikakorhaz.hu
www.barcikakorhaz.hu

.....
beteg aláírása



Tel: +36 48 514-800
Fax: +36 48 514-861

3700 Kazincbarcika, Május 1 út 56.

Adószám: 15846413-2-05

Belgyógyászati Ambulancia

0564 2 0102

A vizsgálat szükségességéről és elmaradásának következményéről a felvilágosítást megkaptam, mindezek ellenére a beavatkozás elvégzéséhez nem járulok hozzá.

.....
Beteg/törvényes képviselő



3700 Kazincbarcika,
Május 1 út 56.



info@barcikakorhaz.hu
www.barcikakorhaz.hu



Tel: +36 48 514-800
Fax: +36 48 514-861