
**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
HASPUNCTIO VÉGZÉSÉHEZ**

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 oldalon fertőtlenítés, majd érzéstelenítés után egy vastag injekciós 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.

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

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 beterjedhet a hasüregbe és 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 jelezzon a kezelőorvosának azonnal.
4. Ritka esetben, anatómiai eltérés miatt a hasfalban futó arteria 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, _____





KAZINCBARCIKAI KÓRHÁZ

3700 Kazincbarcika, Május 1 út 56.

Adószám: 15846413-2-05

Belgyógyászati osztály

0564 1 0100

kezelőorvos aláírása

ph.

beteg aláírása

