

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MELLKASPUNCTIÓ VÉGZÉSÉHEZ**

Alulírott,..... az orvosomtól a szükséges felvilágosítást megkaptam és ennek is meretében a mellkaspunctióba beleegyeztem.

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

A beavatkozás során a mellkasfalon fertőtlenítés, majd érzéstelenítés után egy vastag injekciós tűvel behatolunk a mellkas üregébe és onnan amegszaporodott mennyiségű mellúri folyadékból mintát veszünk. A folyadék kiszívása fontos, hogy a légzésem ne legyen gátolt, valamint a kiszívott mintát megvizsgálva a betegségem pontosabban jellemezhető. Amennyiben nagy mennyiségű mellkasi folyadékgyülem van jelen az a tűn keresztül lebocsátható.

**AvizsgálatsoránjódosfertőtlenítéstésLidocainosérzéstelenítéstalkalmazunk,ezértkérem, jelezze amennyiben valamelyik anyagra túlérzékeny!**

Van-eÖnnekJÓD érzékenysége

IGEN/ NEM/ NEM TUDOM

Van-e Önnek LIDOCAIN érzékenysége?

IGEN/NEM/NEMTUDOM Szed-e

Syncumart, vagy hasonló véralvadást

gátlógógyszert?

IGEN/NEM

**A beavatkozás lehetséges szövődményei:**

1. A szűrés helyén légzéssel összefüggő fájdalom alakulhat ki.
2. Ritka esetekben anatómiai eltérések miatt megsérülhet egy bordaközi ér,ami vérzéshez vezet. Ez esetleges műtétet vagy vérátömlesztést tehet szükségessé.
3. Egyes esetekben a behatolás során a mellhártya belső lemeze sérülhet és légmell alakulhat ki, mely sebészi beavatkozást igényelhet.

A fentieket tudomásul veszem és megértem, hogy a vizsgálatnakbár van szövődménye, de a vizs-gálat nem elvégzése hátráltatja a gyógyulásomat.

Kazincbarcika,.....év.....hó..... nap

.....

aláírás

Avizsgálatszükségességérőléselmaradásánakkövetkezményérőlafelvilágosítástmegkaptam, mindezek ellenére a beavatkozás elvégzéséhez nem járulok hozzá.



Beteg/törvényesképviselő

