



## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MELLŰRI CSÖVEZÉSHEZ (DRENÁZS) ILLETVE MELLHÁRTYA-RAGASZTÁSHOZ (PLEURODÉZIS)

### **Kedves Betegünk!**

Mellüregi folyadékképződéssel, ill. légmellel összefüggő panaszai miatt szükségessé vált mellüri csövezés (drenázs) ill. mellhártya-ragasztás (pleurodézis) elvégzése. A beavatkozás előtt kezelőorvosa a vizsgálat elvégzéséről, ennek szükségességéről, módjáról, az esetleges szövődményekről tájékoztatni fogja.

### ***Miért szükséges a kezelés?***

A folyadékképződéssel vagy légmellel-képződéssel járó mellüregi betegségek fulladást, köhögést, mellkasi nyomásérzést, fájdalmat, vagy vállfájdalmat okozhatnak. mellüri csövezés (drenázs) során a folyadék eltávolítása, pleurodézis esetén pedig a mellkasi folyadék újratermelődésének megakadályozása a cél.

### ***Hogyan végezzük a kezelést?***

A **mellüri csövezés** során a bőr fertőtlenítését és a mellkasfal helyi érzéstelenítését követően egy vékony bemetszésen keresztül steril, esetenként változó vastagságú csövet vezetünk a mellüregbe, melyen keresztül a mellhártya és a tüdő között található folyadékot és/vagy levegőt elvezetjük, illetve kiszívjuk.

**Mellhártya-ragasztás** elvégzése céljából a mellüregbe vezetett csövön keresztül ragasztóanyagot (rendszerint steril talkumot) juttatnak be a mellhártya lemezek közé. Néhány napos szívókezelés után a cső eltávolításra kerül. A beavatkozás erős inger a tüdőnek és a mellhártyának ezért az anyag beadásának pillanatában erős fájdalom, köhögési inger és fulladásérzés léphet fel. Ezért bizonyos anyagoknál szükségessé válhat a kanülön keresztül helyi érzéstelenítő alkalmazása és/vagy fájdalomcsillapító gyógyszerek adása injectio vagy szájon keresztül alkalmazott formában. Ritkán előfordul, hogy az első pleurodézis eredménytelen, ekkor lehetőség van a kezelés megismétlésére.

### ***Milyen rizikóval, szövődménnyel lehet számolni?***

A mellkascsapolás, pleurodézis általában kevés kockázattal járó eljárások. Néha előfordulhat vérzés a mellkasfalban, mellhártyaűrben érsérülés következtében. Ritkán felléphetnek keringési zavarok (vérnyomásesés) keringés összeomlás, légmelleképződés, a szomszédos szervek sérülése (pl.: lép, máj, bél, szív), ritkán idegsérülések, mellhártyaüreg fertőződése ill. ezen keresztül szepszis (vérmérgezés), légembólia (a véredényekbe légbuborék kerül).

### ***Mire kell figyelni?***

Kezelése előtt: - a kezelés napján nem dohányozhat. Amennyiben a beavatkozás előtt éhgyomorral kell maradnia, erről a kezelőorvosa tájékoztatja.

Kezelés után: - közvetlenül a beavatkozás után 2 óra ágynyugalom, ezt követően is a fizikai terhelés kerülése ajánlott.

Ha fájdalom, vagy más zavar fellépne (pl.: fulladás, vérköpés, szédülés, hányinger), erről azonnal értesítse az ápoló személyzetet, ill. kezelőorvosát.

**Fontos kérdések, melyeket gondosan meg kell válaszolnia orvosának:**

(Kérjük karikázza be a megfelelő választ!)

- |    |   |      |     |
|----|---|------|-----|
| 1. | Tud-e vérzékenységről? Előfordul-e gyakran orrvérzés? Jelentkeztek-e bőrvérzések, kék foltok a végtagokon?  | Igen | Nem |
| 2. | Részesül(t)-e alvadásgátló kezelésben?<br>Ha igen melyik? (pl.: Aszpirin, Syncumar, Egyéb)  | Igen | Nem |
| 3. | Tud-e allergiáról (asztma, szénanátha) vagy túlérzékenységi reakcióról (pl.: jód, kontrasztanyag, gyógyszer, helyi érzéstelenítő)?<br>Ha igen melyik? | Igen | Nem |
| 4. | Tud-e szív, érrendszeri, vagy tüdő megbetegedésről<br>(pl.: szívbillentyű megbetegedés, magas vérnyomás)?   | Igen | Nem |
| 5. | Tud-e akut vagy krónikus fertőző betegségről?<br>(pl.: hepatitis, AIDS)   | Igen | Nem |
| 6. | Van-e akut, vagy krónikus idegrendszeri betegsége?<br>(pl.: epilepszia, bénulás)  | Igen | Nem |
| 7. | Tud-e anyagcserezavarról? (pl.: cukorbetegség)  | Igen | Nem |
| 8. | Egyéb fontosnak vélt közlendő:  | Igen | Nem |

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

**Beteg neve:**

**Születési ideje:**

Dr. ....ezen tájékoztatóban leírtak alapján felvilágosító beszélgetést folytatott velem, melynek során minden engem érdeklő kérdést feltettem. A javasolt vizsgálatba, ill. az esetlegesen szükségessé váló egyéb (kiegészítő) beavatkozások elvégzésébe:

**BELEEGYZEM**

**NEM EGYEZEM BELE**

(annak ellenére, hogy az elutasítás esetleges, egészségre káros következményeiről felvilágosítást kaptam.)

Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem, a személyes és különleges adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom.

Dátum:

.....  
beteg aláírása

.....  
a kezelőorvos aláírása