

## TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT TÚVEL TÖRTÉNŐ MINTAVÉTELHEZ A TÜDŐBŐL, A MELLKASFALON KERESZTÜL

### KEDVES BETEGÜNK!

Az eddigi vizsgálatok eredményei alapján szükségesnek tartjuk Önnél szövetminta vételét a tüdőből. Ez a vizsgálat igen nagy segítséget nyújthat a pontos diagnózis felállításához és a kezelés módjának meghatározásához.

### A VIZSGÁLAT MENETE

A tüdőben lévő elváltozás elhelyezkedésétől függően előlről, hátulról vagy pedig oldalról történik a tűbeszúrás - a bőrön keresztül, a bordák között - a tüdőbe, a mintavétel helyére. A tű bevezetését (punkció) képalkotó eljárással (röntgen, ultrahang, CT) folyamatosan ellenőrizzük. Ezután a tűvel a megfelelő helyről vizsgálati anyagot veszünk.

A beszúrás pontját vékony tű alkalmazása esetén nem szükséges érzésteleníteni, a beszúrás nem okoz nagyobb fájdalmat, mint maga az érzéstelenítő injekció. Amennyiben szövettani mintára van szükség, vastag tűt alkalmazunk, ebben az esetben helyi érzéstelenítés mellett. Az esetleges köhögési inger és fájdalom rövid időn belül magától elmúlik.

### KÉRJÜK, ÜGYELJEN A KÖVETKEZŐKRE!

- 24 órával a vizsgálat előtt **NE** dohányozzon!
- Gyógyszereit és azok bevitelét minden esetben beszélje meg kezelőorvosával, azonban:
  - vérnyomáscsökkentő és szívritmus-szabályozó gyógyszereit egy pohár vízzel a megszokott időben **VEGYE BE!**

### VÉRZÉKENYSÉG, VÉRALVADÁSGÁTLÓ GYÓGYSZEREK

Kérjük, jelezze kezelőorvosának, ha Önnél bármilyen okból fennáll fokozott vérzési hajlam.

Egyes betegségekben szükség lehet a vér alvadását befolyásoló gyógyszerek alkalmazására. Ezek a készítmények megnyújtják a vérzési időt, fokozhatják a vérzés intenzitását (pl. Aspirin Protect, Astrix, Colfarit, Asactal, Ticlid, Plavix, Plagrel, Clopidogrel, Kardogrel, Kerberan, Pradaxa, Noclaud, Eliquis, Xarelto, Lixiana, Syncumar, Warfarin, Fraxiparine, Fraxodi, Fragmin, Clexane). Szedésük fokozott óvatosságot igényel a mintavétel esetén, ezért ideiglenes leállításuk szükségessé válhat. Ha ilyen gyógyszert szed rendszeresen, kérjük ezt mindenképpen jelezze a mintavételt javasoló kezelőorvosának, aki ismertetni fogja a gyógyszerrel kapcsolatos teendőket.

### LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható, egyszerűbb beavatkozások (pl. injekció) következtében is léphetnek fel szövődmények, amelyek akár a kórházi kezelés elhúzódását is szükségessé tehetik. Ezen eljárások során is fennáll a fertőzés, a vérzés, az allergiás reakció kialakulásának lehetősége, melyek ritkán súlyos, életveszélyes állapot kialakulásával járhatnak, vagy halált okozhatnak.

A leggyakoribb komplikáció az, hogy levegő kerülhet be a mellüregbe (légmell, latinul pneumothorax). Ilyenkor szükségessé válhat egy vékony cső (kanül) bevezetése a mellüregbe a bejutott levegő leszívására. A cső jellemzően kb. 3-5 nap elteltével távolítható el. A szövődmény kialakulásának esélyét jelentősen növeli, ha tüdőtágulatban (latinul emphysema) szenved. Ha a tű hegye eret talál, az ér fala kisebb vérzést követően rendszerint magától elzáródik. A beavatkozást követő első napokban észlelt kissé véres köpet miatt nem kell nyugtalanodnia. A nagyobb vérzések rendkívül ritkák. Extrém ritka az az eset, amikor levegő jut a véredénybe (légembólia). Daganat jelenléte esetén a daganatsejtek szóródása bár biztonsággal nem zárható ki, azonban ilyen sejtek a szűrőcsatornában csak rendkívül ritkán figyelhetők meg.

**Ahhoz, hogy a kockázatot a minimálisra csökkentsük, kérjük Önt, hogy megfontoltan válaszoljon az alábbi kérdésekre:**

(Kérjük, jelölje meg a megfelelő választ!)

1.) Fennáll-e Önnél fokozott vérzési hajlam kisebb sérüléseknél vagy foghúzásnál?

IGEN  NEM

2.) Van-e tudomása gyógyszer- vagy egyéb allergiáról?

IGEN  NEM

Ha igen, a gyógyszer/egyéb anyag neve: .....

3.) Van-e tudomása szív-, tüdőbetegségről, vagy egyéb krónikus megbetegedésről (pl. magas vérnyomás, szívritmuszavar, koszorúérgörcs, tüdőasztma, tüdőtágulat) vagy beültettek-e Önnél szívritmus-szabályozót (pacemaker) vagy műbillentyűt?

IGEN  NEM

Ha igen, a betegség neve: .....

4.) Egyéb, fontosnak vélt közlendői: .....

### A VIZSGÁLAT UTÁN

A vizsgálat elvégzése után kórházi felügyelet melletti ágynyugalom szükséges, ne terhelje magát! Köpetében a vizsgálat utáni első két napon vérnyomokat észlelhet, de emiatt nem kell nyugtalanodnia. Újonnan fellépő rosszullet, mellkasi fájdalom, nehézlégzés, szédülés, hányinger esetén azonnal értesítse az egészségügyi személyzetet!

Az esetlegesen kialakuló szövődmények felismerése céljából kezelőorvosa kontroll mellkas röntgen vizsgálatot fog elrendelni, illetve szükség esetén egyéb, kiegészítő vizsgálatokat végez.

Amennyiben a vizsgálat során alkalmazott gyógyszerek az Ön reakcióképességét csökkentik, úgy arról az orvos tájékoztatni fogja Önt. Kérjük, hogy a kórházi osztályt csak az orvossal történt megbeszélés alapján, azt követően hagyja el. A vizsgálat után legalább 24 órán át **NEM** vezethet járművet és **NEM** kezelhet gépet, hacsak az orvos erre vonatkozóan más utasítást nem ad.

**KÉRDEZZEN MEG BENNÜNKET**, ha valamit nem értett meg, vagy ha a fent leírtakkal kapcsolatban bármilyen kérdés merült fel Önben.

### BELEEGYZŐ NYILATKOZAT - A FELVILÁGOSÍTÓ BESZÉLGETÉS UTÁN

Beteg neve: ..... Születési ideje: .....

Dr. .... ezen tájékoztatót számomra átadta, annak tanulmányozására kellő időt kaptam. A beszélgetés során minden engem érdeklő kérdést feltettem, azokra kielégítő válaszokat kaptam. Fentiekkel kapcsolatos további kérdésem nincsen. A javasolt vizsgálatba, ill. az esetlegesen szükségessé váló egyéb (kiegészítő) beavatkozások elvégzésébe:

**BELEEGYZEM**

**NEM EGYEZEM BELE**

(Kijelentem, hogy a fent részletezett vizsgálóeljárásról, annak szükségességéről és a vizsgálat elmaradásának következményeiről kapott részletes tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá a beavatkozás elvégzéséhez. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elmaradásából eredő esetleges negatív következményekért a felelősség engem terhel.)

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

Dátum: .....

.....

beteg aláírása

.....

a kezelőorvos aláírása