



BELEGYZŐ NYILATKOZAT MELLKASCAPOLÁSHOZ

Kedves Betegünk!

Mellüregi folyadékképződéssel összefüggő panaszai miatt szükségessé vált mellkascsapolás elvégzése. A beavatkozás előtt kezelőorvosa a vizsgálat elvégzéséről, ennek szükségességéről, módjáról, az esetleges szövődményekről tájékoztatni fogja.

Miért szükséges a kezelés?

A folyadékképződéssel járó mellüregi betegségek fulladást, köhögést, mellkasi nyomásérzést, fájdalmat, vagy vállfájdalmat okozhatnak. Mellkascsapolás során a folyadék eltávolítása a cél.

Hogyan végezzük a kezelést?

A **mellkascsapolás** általában ülő helyzetben történik. Fertőtlenítés és helyi érzéstelenítést követően az orvos egy vékony műanyag csövet, vagy egy csapoló tűt vezet a bordák között a mellüregbe és egy ehhez csatlakoztatott szívómotor segítségével vagy infúziós szereléken keresztül a folyadékot eltávolítják, így lehetőség nyílik a tüdő kitágulására. Az első órákban előfordulhat fájdalom, köhögés, feszülés-érzés. Ha szükséges, ezek a panaszok fájdalomcsillapító gyógyszerekkel enyhíthetők.

Milyen rizikóval, szövődménnyel lehet számolni?

A mellkascsapolás általában kevés kockázattal járó eljárás. Néha előfordulhat vérzés a mellkasfalban, mellhártyaűrben érsérülés következtében. Ritkán felléphetnek keringési zavarok (vérnyomásesés) keringés összeomlás, légmellképződés, 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 kezelőorvosát.

Fontos kérdések, melyeket gondosan meg kell válaszolnia orvosának:*(Kérjük jelölje meg 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?
Ha igen melyik? (pl.: Aszpirin, Syncumar, Egyéb) Igen Nem
3. Tud-e allergiáról (asztma, szénanátha) vagy túlérzékenységi reakcióról (pl.: jód, kontrasztanyag, gyógyszer, helyi érzéstelenítő)?
Ha igen melyik? Igen Nem
4. Tud-e szív, érrendszeri, vagy tüdő megbetegedésről
(pl.: szívbillentyű megbetegedés, magas vérnyomás)? Igen Nem
5. Tud-e akut vagy krónikus fertőző betegségről?
(pl.: hepatitis, AIDS) Igen Nem
6. Van-e akut, vagy krónikus idegrendszeri betegsége?
(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